

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com
doença crónica

Taís Regina Inocêncio Mendonça

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com
doença crónica


Taís Regina Inocêncio Mendonça

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

*A todos os que caminharam comigo,
por vezes à frente seguindo a sua inspiração,
às vezes atrás fazendo jus à preguiça,
mas sobretudo lado-a-lado, de mãos dadas.*

A ti, Ricardo porque esta jornada sem ti pareceria impossível.

*Aos meus rochedos, a minha mãe pelo seu colo e palavras amigas e a minha avó
pelo seu espírito crítico e constante disponibilidade (e ao meu avô que com seu charme
e teimosia a conquistou),*

A toda a família e amigos,

Aos professores e colegas do Mestrado,

À Professora Doutora Paula Diogo pela sua disponibilidade e orientação,

*Aos amigos incansáveis Alexandra, Daniela, Helga, Irina e Rafael com os quais
partilhei confidências, gargalhadas, e muitas madrugadas iluminadas de
conhecimentos desta paixão que nos é comum.*

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCF- Cuidados Centrados na Família

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EE- Enfermeiro Especialista

EEESCJ- Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Enf.º- Enfermeiro

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC- Instituto de Apoio à Criança

ICN- *International Council of Nurses*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAD- Unidade de Apoio Móvel Domiciliar

UNP- Unidade de Nefrologia Pediátrica

RESUMO

O presente relatório pretende retratar o processo de aprendizagens pessoais, humanas, profissionais e formativas desenvolvidas no percurso de estágios decorrente Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com enfoque na “(in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”.

A metodologia adotada neste relatório consiste na reflexão sobre a ação no cuidado emocional à criança e família, perspetivando uma prática reflexiva e baseada na evidência. Visa ainda, a reelaboração da prática de cuidado emocional em pediatria, reconstruindo os saberes preexistentes e confrontando-os com os novos desafios da enfermagem.

Reconhece-se que o ato de cuidar em Enfermagem está repleto de experiências emocionalmente intensas, relacionadas com as múltiplas e complexas transições de saúde-doença, decorrentes no seio familiar, promovendo um desafio constante de criar e recriar mecanismos de *coping* mestria. Identifica-se assim, como objeto de estudo o trabalho emocional em pediatria.

O número crescente de crianças com doença crónica e os seus internamentos sucessivos despertam-nos para a necessidade de analisar a experiência emocionalmente intensa vivida pelo sujeito em interação nas situações de cuidados. Surge assim a necessidade de desenvolvimento de competências do trabalho emocional em pediatria, pelo paradoxo entre o desequilíbrio entre a carga emocional do cuidar da criança e a sua valorização. Visa um trabalho emocional mais explícito e visível pelo desenvolvimento de uma prática reflexiva, proporcionando aos enfermeiros as competências necessárias para gerir adequadamente as experiências emocionalmente intensas, de natureza perturbadora vivenciadas em pediatria, e ajudar na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados à criança e família. Deseja-se desta forma, explicitar as estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa da criança e família no recurso aos cuidados de saúde. A visibilidade do cuidado emocional inscreve-se no reconhecimento da esfera de atuação do EEESCJ, e no reconhecimento de intervenções de enfermagem como práticas com intencionalidade terapêutica.

Palavras-chave

Enfermagem; cuidado emocional; criança; família; doença crónica

ABSTRACT

This report aims to portray a variety of learning processes developed during the internships included in the Master of Nursing of Child Health and Pediatric, such as, self-learning, social learning, professional learning and learning through training. In which its emphasis is on the “(in)visibility of emotional care of a child with a chronic disease”.

The methodology here employed was based on reflection upon action on emotional care of the child and parents/family, hoping for a reflective practice which is evidence-based on care. It also aims to redesign the practice of the current emotional care in pediatrics by reconstructing the existing knowledge in face of new challenges in Nursing.

It is well known that the act of care in Nursing is fully packed with intense emotional experiences closely related with the multiple, and yet complex, transitions in the health-illness state of the patient. This generates additional challenges to creating coping mechanisms of emotional mastery. The act of care is like this identified has a study object of the emotional work done in pediatrics.

The increasing number of children with chronic diseases and their successive hospitalizations is sounding the alarm for the necessity of carefully analyze the emotional experience lived by the subjects when exposed to the act of care. Which, in return, highlights the importance of developing the right set of skills to handle the emotional work in pediatrics, relying on the paradox between emotional load and care of the child and their valuation in terms of caring. The final goal is to make emotional work more explicit and visible by developing a more reflective practice approach, giving nurses a set of skills that allows them to deal accordingly with emotional intense experiences and help with the realization of better emotional management strategies. Aiming as well to assess proper minimizing measures when a child and family go through an intense emotional experience during healthcare procedures. The importance of emotional care in nursing relies on the recognition of Pediatrics Nurse's reach and on the recognition of nursing interventions as practices with therapeutic intent.

Keywords

Nursing; emotional care; child; family; chronic disease

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	10
1.1. Cuidar em pediatria	10
1.2. Cuidar da criança com doença crónica	15
1.3. A experiência emocional da criança com doença crónica	17
1.4. O cuidado emocional em pediatria.....	19
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	21
3. PERCURSO DE ESTÁGIO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS ÀS ATIVIDADES CONCRETIZADAS	23
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	43
5. PROJETOS FUTUROS	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa Conceptual

APÊNDICE II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

APÊNDICE III - Cronograma de Estágios

**APÊNDICE IV - Reflexão sobre uma entrevista a um perito: Gestão
emocional para cuidar**

**APÊNDICE V - Diário de Campo - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediátrica**

APÊNDICE VI - Formação I “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança nos cuidados de saúde primários”

APÊNDICE VII – Entrevista Semiestruturada a perito: A Gestão Emocional no Serviço de Urgência

APÊNDICE VIII - Formação II “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança e família no serviço de urgência pediátrica”

APÊNDICE IX - Jornal de Aprendizagem - “Sentimentos ambíguos em relação à parentalidade na UCIN”

APÊNDICE X - Reflexão crítica: “Visibilidade no cuidado de enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?”

APÊNDICE XI - Formação III “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”

APÊNDICE XII – Caixa Com Material Para Avaliação Do Desenvolvimento Infantil “Brincando Ao Desenvolvimento” e Livro Ilustrado “Descobrimos As Emoções”

ANEXOS

ANEXO I – Modelo dos Sete Eixos da CIPE®

ANEXO II – Estilos de aprendizagem de Kolb

ANEXO III – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

ANEXO IV – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família (conforme Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, n.º 122/2011 e n.º 123/2011). Neste sentido pretende-se que o presente documento espelhe o percurso de estágio realizado em diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde, distribuídos por quatro locais, direcionados para a intervenção de enfermagem avançada, com foco no trabalho emocional em saúde infantil e pediatria, desejando que nele se repercutam intervenções de enfermagem que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança com doença crónica. No *core* da audácia destas grandes conquistas na arte do cuidar está a valorização das pequenas coisas, aquelas que de tão pequenas que são, se tornam quase invisíveis aos mais distraídos.

O tema da (in)visibilidade do cuidado emocional na enfermagem de saúde da criança com doença crónica emerge com a evolução e desenvolvimento de um corpo de conhecimento e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). O (re)pensar sobre o cuidar em pediatria abriu novos mundos e necessidades formativas, com especial destaque para o cuidado emocional na criança com doença crónica. O contexto em que trabalhamos está repleto de experiências emocionalmente intensas relacionadas com os internamentos sucessivos da criança com doença crónica. Pelo que a esfera de atuação dos enfermeiros no trabalho emocional deve ser alvo de reflexão aprofundada. O evidente desequilíbrio entre a carga emocional do cuidar da criança e a sua valorização servem de ponto de partida para esta jornada.

“A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica” tem como conceção dominante a Teoria das Transições, de médio alcance de Meleis. Conceção em que a intervenção do enfermeiro facilita a transição nos processos de saúde-doença e de desenvolvimento com o intuito de promover o bem-estar e proporcionar o alcance da

mestria nas mudanças que ocorrem devido às transições (Meleis, 2010). Como concepções secundárias destacam-se Collière e a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, que suportam a necessidade de revestir os cuidados de “gestos simples e banais” revelando que o comprometimento em cuidar exige um envolvimento pessoal, social e moral do enfermeiro (Collière, 2003, p. 2; Watson, 1999, p. 27).

Desta forma, este relatório centrado no cuidado emocional à criança com doença crónica surge no sentido de espelhar as aprendizagens realizadas neste percurso que visa a especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Será explorado o sentir da experiência em concreto do cuidar em pediatria, na ótica do enfermeiro especialista (EE), e a observação reflexiva das práticas dos contextos de estágio para que seja possível criar e recriar a conceptualização do trabalho emocional com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados à criança com doença crónica (Kolb, 1984).

Neste sentido, será utilizada a melhor evidência disponível na reconceptualização do pensamento de enfermagem através do trabalho emocional. Centrado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, atendendo às necessidades de aprendizagem individual, o presente relatório tem como finalidades:

- Desenvolver saberes percursos de competências emocionais na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, numa perspetiva holística, com foco na experiência emocional da criança com doença crónica;
- Incorporar novas aprendizagens na prática de cuidados, pela reflexão sobre a (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica;
- Apreçar compreensivamente a perspetiva dos enfermeiros do cuidado emocional com o referencial de EE.

Estruturalmente, o presente relatório tem início com um enquadramento da temática que nos enreda no Cuidar em Enfermagem, destacando a especificidade da criança com doença crónica e sua experiência emocional, refletindo sobre a (in)visibilidade do cuidado emocional. Explicita-se o problema da experiência emocionalmente intensa no cuidar e revela-se o objeto em estudo, o trabalho emocional em pediatria. Segue-se a descrição do percurso de estágio, desde os objetivos definidos às atividades implementadas, nos vários contextos, destacando ainda o processo de aquisição de competências de EE. Por fim, e antevendo-se a pertinência da temática delineiam-se projetos futuros, e estabelecem-se as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

1.1. Cuidar em pediatria

Ao longo do desenvolvimento do corpo de conhecimentos da Enfermagem fomos influenciados pelos vários paradigmas, e apesar da evolução clara, e da separação cronológica realizada por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2012), a influência dos paradigmas da categorização e da integração ainda permanecem na realidade de cuidados (Diogo, 2015), sendo fundamental perceber as suas influências no cuidado emocional e no Cuidar na atualidade. As referências nas diferentes correntes acerca das emoções são flutuantes, quer pelo seu detrimento em relação aos cuidados ao corpo, quer ao início da valorização da mente e fenómenos subjetivos como as emoções e sentimentos no segundo paradigma (integração), no entanto, sem perspetivar a sua interação com o ambiente (Lopes & Lourenço, 1998). O atual paradigma de enfermagem, o paradigma da transformação, enquadra algumas conceções fundamentais ao cuidar dos paradigmas anteriores, porém, representa uma mudança de mentalidades. Neste paradigma cada fenómeno de enfermagem é visto como único e em constante interação recíproca e simultânea com o mundo que o rodeia (Kérouac *et al.*; 2002).

Empiricamente atribuem-se significados positivos à idade pediátrica, desenhando-se conceções de desenvolvimento ideais, porém esta visão nem sempre corresponde à realidade. Inicia-se assim um desafio ao cuidador e ao enfermeiro na resolução de sentimentos conflituosos, em associar os conceitos criança e doença crónica. Desta forma, o cuidar em pediatria no contexto de cuidados ao cliente com doença crónica mistura dois mundos, que numa perspetiva ideal deveriam estar separados pelas suas órbitas sem nunca se intercetarem.

Iremos utilizar como conceção dominante a Teoria das Transições de Meleis, uma teoria de médio alcance. Nesta conceção destacam-se algumas questões fundamentais para o cuidar criança com doença crónica, em que a intervenção do enfermeiro facilita a transição nos processos de saúde-doença e de desenvolvimento com o intuito de promover o seu bem-estar e proporcionar à criança e família um alcance da mestria nas mudanças que ocorrem devido às transições. A intervenção de enfermagem inclui fornecer à criança e família suporte pelas figuras significativas e ao mesmo tempo

oferecer um conjunto de cuidados por uma equipa de enfermagem avançada (Meleis, 2010).

Outro argumento fundamental da teoria consiste em proporcionar um entendimento profundo do significado de transição para a criança e família, que é definida pelas perdas e ganhos, mudanças e transformações, e a passagem de um estado para outro. As experiências e respostas à transição são condicionadas pelo tipo de transição em curso, mas também mediadas pela quantidade de transições que a criança e família está a ter, o significado que esta atribui a cada uma delas, bem como a qualquer outra questão que esteja a acontecer nas suas vidas. As transições saudáveis não são assim apenas julgadas pelos resultados alcançados, ou mestria nos novos papéis, nem mesmo pela sensação bem-estar adquirido, mas pela natureza saudável ou não do processo (Meleis, 2010).

Nesta teoria cujo conceito central é o de transições, e que é tão claramente orientada para a pessoa, é necessário o esclarecimento do metaparadigma de enfermagem. A pessoa é aquele que é capaz de incorporar novo conhecimento e alterar o seu comportamento, mesmo que isso altere a sua própria definição enquanto pessoa no seu contexto social (Meleis, 2010). Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica o conceito de pessoa inclui o binómio de criança/jovem e família, sendo criança toda a pessoa com idade inferior a 18 anos. De forma excecional, poderão ser consideradas crianças, pessoas até aos 21 anos, ou até à transição saudável para a vida adulta, nos casos de doença crónica, incapacidade e deficiência. A criança será progressivamente mais independente à medida que adquire capacidades e conhecimentos facilitadores da sua autonomia (OE, 2011a). A família será um dos pilares de suporte para este processo de crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que se inclui na esfera de atuação da intervenção especializada de enfermagem (OE, 2011a). Desta forma, assume-se que o cuidado de enfermagem é a arte e ciência de facilitar a transição para um estado de saúde e bem-estar, em que a saúde é um estado mais estável após uma transição saudável. No cuidar em pediatria destaca-se a filosofia de cuidados centrados na família (CCF), obedecendo desta forma a princípios da dignidade e do respeito pelas escolhas da criança e da família, partilha de informação completa e imparcial, participação, caso o desejem, no processo de tomada de decisão, assim como colaboração a nível institucional (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello, & O'Shea, 2011; Harrison, 2010; Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2011; Jolley & Shields, 2009; Kuo et al., 2012). O ambiente é o foco da intervenção de enfermagem. O ambiente será assim

tão extenso quanto tudo o que rodeia a pessoa, ou seja, os campos de energia, os sistemas sociais, a família e ambiente físico (Meleis, 2010). Este deverá ser um ambiente promotor de saúde proporcionando à pessoa estabilidade emocional de modo a atingir o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento (OE, 2011a). Ou seja, a pessoa e o ambiente estão em constante interação e cada fenómeno é único, torna-se assim essencial que o foco da intervenção de enfermagem seja o ambiente (Meleis, 2010).

O diagnóstico de uma doença crónica representa para a criança o início de uma transição de saúde-doença, quando já se encontra numa transição de desenvolvimento. No entanto, de uma forma geral, as transições de desenvolvimento são sentidas como naturais, mas as transições de doença são vistas como disruptivas e/ou inesperadas (Meleis, 2010; Theofanidis, 2007). Assim, estas crianças enfrentam este enorme desafio pela transição simultânea que as coloca entre as exigências da doença crónica e suas tarefas de desenvolvimento (Valentine & Lowes, 2007). As transições decorrentes de uma vivência com doença crónica e a manutenção do bem-estar requerem a intervenção de enfermagem em diferentes fases e em marcos críticos (Meleis, 2010).

Aprender a viver com uma doença crónica é um processo contínuo que envolve comprometimento para com as contantes transições complexas e multidimensionais do processo de doença, que implicam movimento e mudanças nos padrões de vida, ou seja a passagem de uma estado estável para outro estado estável (Meleis, 2010). O grau de comprometimento da criança e família, com o processo de transição pode ser alterado de acordo com as exigências e complexidade do tratamento, pela exposição a situações de dor e sofrimento, aumentando a confusão e diminuindo a confiança e mecanismos de *coping* até então adotados (Meleis, 2010).

O cuidar surge com um desafio acrescido, entre o cuidar das transições de desenvolvimento da criança e o cuidar inerente à transição da doença, este duplo desafio está repleto de experiências emocionais intensas. Convive-se diariamente com emoções como a perda, o medo e o sofrimento, e é particularmente difícil ficar indiferente e responder a estas emoções de forma adequada (Smith, 1992). Torna-se assim importante explorar a vertente relacional e afetiva presente nos cuidados pediátricos (Diogo & Baltar, 2014). O trabalho emocional em enfermagem assume particular relevância nas situações emocionalmente perturbadoras, como, no cuidar da pessoa em situações de

doença crónica (Hunter & Smith, 2007). Seria difícil durante o percurso evolutivo de uma doença crónica, normalmente associada a múltiplos internamentos e consultas frequentes, não se estabelecerem relações com a criança e família. O estabelecimento de uma relação empática, ou seja, o ato de nos juntarmos ao outro, no que concerne aos seus sentimentos e emoções, pressupõe um elevado nível de perícia e de autoconhecimento (Kerasidou & Horn, 2016). Reconhece-se, que embora seja associado ao ambiente hospitalar, uma carga elevada trabalho imputada aos profissionais, e situações de cuidados potencialmente stressantes, que condicionam o desenvolvimento da empatia, é recomendada a promoção, cultivo e assistência à construção de uma relação empática no cuidar, visto que o desapego está relacionado com sérias repercussões para o profissional e para o doente (Kerasidou & Horn, 2016). Ressalva-se, no entanto que, esta relação terapêutica requer perícia para manter os limites entre a esfera profissional e pessoal, à medida que as necessidades da criança e família se modificam ao longo do ciclo de vida (Maunder, 2008).

As conceções secundárias de sustentação deste percurso pertencem à Escola do Cuidar, da qual destaco a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e a conceção de Collière. O processo de cuidar em enfermagem da criança e família destaca-se não só pela dinâmica de interação entre pessoa e cliente, pessoa e enfermeiro, mas em simultâneo pela necessidade de conhecimentos, compromisso e valores humanos, e pelo envolvimento moral do enfermeiro no cuidar (Watson, 1999). Nas premissas básicas da sua teoria, refere que a mente e as emoções são as janelas para a alma da pessoa, e que a relação que se estabelece transcende o mundo físico e material (Watson, 1999). A autora refere ainda que se deve estabelecer este contacto emocional com o seu mundo subjetivo para melhor conhecer o seu “Eu” e o Outro (Watson, 1999). Collière (2003) intitula o seu livro “Cuidar... A primeira arte da vida” com um engenho que nos revela muito sobre o seu conceito de cuidar em enfermagem. A autora considera o Cuidar como uma arte que “precede todas as outras”, e que marca o princípio do conhecimento e das várias culturas (Collière, 2003, p.1). O seu cuidar está revestido de “gestos simples e banais” e que dão força e impulsionam o desejo de viver (Collière, 2003, p.2). Desafia com a sua conceção os paradigmas anteriores, valorizando “o afeto e o espírito pensante” (Collière, 2003, p.7). Destaca, a apreensão da “expressão das emoções e dos sentimentos – tanto das pessoas a cuidar como das que cuidam” (Collière, 2003, p.9). Em consonância com Collière, pensa-se que descrever por palavras esta arte do cuidado

de enfermagem, é um desafio em que as palavras nos traem por não revelarem as suas múltiplas dimensões, tais como: “as expressões do olhar, a entoação da voz, os gestos, as posturas” (Collière, 2003). O cuidar em pediatria deve destacar-se pela flexibilidade e individualização face às necessidades de cada criança e família, atendendo não só aos aspetos do domínio técnico, como à dimensão emocional. No entanto, o enfermeiro em pediatria reveste, de forma intuitiva, o seu cuidar de afeto para regular estes eventos emocionalmente perturbadores e recicla as emoções negativas – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015).

Arlie Hochschild, a socióloga pioneira do conceito de trabalho emocional, definiu-o como “induzir ou suprimir os seus sentimentos, de forma a manter uma aparência externa que permita que os Outros se sintam seguros e cuidados.” (Hochschild, 1983 citado por Smith, 2012, p.11). Apesar, da investigação de Hochschild ter sido impulsionadora do início da investigação relacionada com o trabalho emocional, a sua definição aparenta falha de autenticidade na relação e ausência do verdadeiro cuidado de enfermagem (Williams, 2013). As necessidades complexas emocionais da pessoa doente envolvem genuínos atos de cuidar, sensibilidade e empatia que implicam diferenças significativas nas competências necessárias para gerir o trabalho emocional em enfermagem (Williams, 2013). O conceito estendeu-se à disciplina de enfermagem através de Pam Smith (1992, 2012), pela sua investigação, que concluiu que o enfermeiro desenvolve as competências de trabalho emocional de forma informal. No entanto, adaptar este conceito à complexidade do cuidado emocional em pediatria requer experiência e um nível de autonomia superior, na medida em que o trabalho emocional difere consideravelmente em diferentes contextos de cuidados (Hunter & Smith, 2007). Esta gestão das emoções está ligada ao nível de experiência e perícia do enfermeiro, associando a sua capacidade de se envolver com o cliente e de dar importância às emoções na prática, a um elevado nível de perícia (Benner e Wrubel, 1989 citado por Diogo, 2015).

1.2. Cuidar da criança com doença crónica

Os avanços científicos e tecnológicos nos campos da saúde pública, imunologia, bacteriologia e farmacologia diminuíram significativamente o número de mortes por doença aguda, contribuindo em parte para o aumento sem precedentes da doença crónica, devido ao aumento da esperança média de vida relacionado com a deteção precoce de doenças (Lubkin & Larsen, 2006). Atualmente, as doenças crónicas são a maior causa de mortalidade no mundo, representando 60% de todas as mortes, atingindo maioritariamente o sexo feminino. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem reconhecem que existe um número crescente de “crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento necessitando de reforço da intervenção precoce” (OE, 2011a).

A doença crónica define-se por uma condição física ou mental que necessita de internamento por um período de trinta dias ou supervisão médica por um período superior ou igual a três meses, que pode ser de aparecimento súbito ou insidioso, com períodos agravamento alternados com períodos de remissão dos sintomas (Hockenberry & Wilson, 2014; Lubkin & Larsen, 2006; Theofanidis, 2007). Nestas doenças, o bem-estar consiste na manutenção da remissão dos sintomas estabelecendo um equilíbrio entre os tratamentos e a qualidade de vida (Lubkin & Larsen, 2006).

Paralelamente a estes progressos, a doença crónica em idade pediátrica tem vindo a aumentar, provocando o emergir de desafios em relação ao desenvolvimento físico e psicológico nas crianças pela impossibilidade de participar em atividades consideradas normais para a sua idade e nos adolescentes pela sensação de privação da liberdade para atingir os seus objetivos e a sua independência (Hockenberry & Wilson, 2014; Lubkin & Larsen, 2006; Valentine & Lowes, 2007). Embora, não existam dados epidemiológicos que permitam caracterizar de forma mais exata esta problemática nas crianças portuguesas, a consistente tendência de declínio da taxa de mortalidade infantil ao longo dos anos, parece ser suficiente para deduzir que concomitantemente haverá um aumento das doenças crónicas em pediatria (DGS, 2012; OE, 2011a).

A evidência científica disponível permite uma melhor compreensão dos enfermeiros relativamente ao grau de bem-estar percecionado pela criança e família

após a transição, explorando os indicadores de processo e de resultado que conduziram a mudança na direção de um estado de saúde ou, pelo contrário, a um estado de vulnerabilidade e risco. Estas famílias requerem apoio e suporte contínuo em cuidados de enfermagem, e só conhecendo bem as etapas do desenvolvimento infantil é que o enfermeiro conseguirá reconhecer indicadores de retrocesso ou não adaptação. Desta forma considera-se pertinente explorar como a criança em cada uma das fases de desenvolvimento vivência a doença crónica e quais os seus feitos potenciais (Valentine & Lowes, 2007, Hockenberry & Wilson, 2014).

Embora, os lactentes e *toddlers* não se apercebam de forma clara qual o impacto da doença crónica, sabe-se que as alterações mais evidentes nas suas vivências são as decorrentes do processo de vinculação. O lactente poderá estar exposto a múltiplos cuidadores e separações frequentes dos pais, pondo em risco um vínculo consistente. Ocorre ainda uma exposição díspar entre situações dolorosas e prazerosas e um contacto limitado ao ambiente por confinamento no domicílio ou hospitalização (Valentine & Lowes, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014). Por conseguinte, os *toddlers* destacam-se por uma maior dependência dos pais, consequência provável da relação de proteção excessiva, mas natural dos pais na fase anterior. Sentem também ter oportunidades diminuídas para testar as suas capacidades e limites. Esta oportunidade limitada estende-se aos pré-escolares, não só pelos efeitos da doença crónica, mas também por uma superproteção dos pais, que os impossibilita de acompanhar as suas tarefas do desenvolvimento (Valentine & Lowes, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014). Nesta fase são incapazes de perceber situações dolorosas e os tratamentos desconfortáveis que realizam, influenciando o desenvolvimento do *Self* (Valentine & Lowes, 2007). Já os pré-escolares com doenças crónicas estão emocionalmente mais vulneráveis, de tal forma que a sua doença e tratamentos poderão afetar a sua autoestima e autoimagem. Como estes aprendem através do pensamento pré-operatório culpabilizam-se pela doença (Hockenberry & Wilson, 2014). O pensamento dicotómico entre estar doente e estar saudável é marcado, pensam assim, que poderão evitar doenças se os pais os protegerem e se se comportarem bem, pelo que se tal não acontece sentem-se vítimas da situação sem poderes para a reverter (Barros, 2003). A criança em idade escolar apresenta oportunidades limitadas de participar em atividades ligadas à escola e de socialização por questões relacionadas com a doença crónica, não sendo capazes de perceber de forma completa as suas limitações físicas, nem o tratamento da doença. Por

fim, na adolescência, toma-se consciência da diferença face aos pares, e da dependência à família. Inicia-se a descoberta da sexualidade mas geralmente com menos oportunidades de explorar questões com os pares, questionando-se sobre a sua capacidade para ter uma família. Refletem-se nesta fase as dificuldades de aprendizagem, que poderão não ter tido oportunidade para desenvolver nos estágios iniciais de cognição, o que se traduz em dificuldades para partir para o pensamento abstrato (tomada de decisão e assertividade) (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.3. A experiência emocional da criança com doença crónica

A dimensão da relação enfermeiro-doente ganha outro significado à medida que o cuidado se torna mais flexível e individualizado, na qual o enfermeiro procura envolver-se com a pessoa em profundidade, proximidade, experienciando inevitavelmente as suas respostas emocionais (MacQueen, 2004 citado por Diogo, 2015). Esta exposição às respostas emocionalmente intensas é uma constante na prática de enfermagem, e revela-se nas demonstrações de medo, tristeza, vergonha, sofrimento das crianças e seus cuidadores. As respostas emocionais da criança dependem em parte da sua fase de desenvolvimento, os pré-escolares por exemplo podem desenvolver um sentimento de culpa por acreditarem que o sofrimento experimentado é um castigo pelo seu pecado, e que a situação de doença poderá ser permanente (Theofanidis, 2007).

A confrontação diária com situações de sofrimento ou emocionalmente intensas, não é suficiente para preparar o enfermeiro para as gerir adequadamente, pois existe uma dificuldade humana natural de dar significado ao sofrimento. Nos contextos práticos observamos e experienciamos tanto o nosso sofrimento como o do Outro, sofrimento este, que é real e evidente (Watson, 2008). Vamos de forma defensiva, mas adaptativa aprendendo que podemos evitar os encontros com o sofrimento ao longo da vida, porém temos que experienciá-lo não só para sobreviver, mas também para manter a esperança para continuar (Watson, 2008). Não obstante, as situações emocionalmente intensas não podem ser eliminadas do cuidar em enfermagem atuando cumulativamente, transformando as situações de contacto cada vez mais ameaçadora aos olhos da criança e família. Estas experiências emocionais intensas exigem uma resposta emocional eficaz e adequada do enfermeiro para que este seja capaz de cuidar. É essencial atribuir novos significados a estas experiências emocionalmente intensas, regulando as nossas emoções para cuidar os mais vulneráveis.

Naquilo que deveria ser uma ligação coesa crescente par-a-par verifica-se o desequilíbrio entre o cuidado emocional prestado e a sua intencionalidade terapêutica, face à visibilidade e reconhecimento enquanto instrumento terapêutico. A inquietação provocada por esta aparente desvalorização de uma prática tão enraizada nos cuidados de enfermagem à criança e família, serviu como mote para a transformação do invisível em visível, tentando desta forma garantir a expansão e consciencialização da dimensão emocional do cuidar. Esta necessidade surge neste momento pelo caminho a percorrer no desenvolvimento do corpo de conhecimentos de enfermagem, não só pelo conhecimento teórico formal, mas pela sua conjugação com o conhecimento experiencial e prático, no contexto de enfermeiro generalista a especialista. Numa abordagem rigorosa e cognitiva, apercebemo-nos que para avançar precisamos de desenvolver competências de gestão das emoções no cuidar em pediatria, percebendo e analisando as situações em que as emoções perturbam a ação – a relação emoção-cognição-ação em situações concretas de cuidados de enfermagem. Pela análise da nossa evolução de principiante a perito (Benner, 2001), e também o acompanhamento de outros enfermeiros no seu percurso ao longo dos últimos anos, sentimos que nos desafiámos constantemente para suprir necessidades e desenvolver competências, e que será este o momento ideal para desenvolver competências acerca do trabalho emocional invisível que os enfermeiros desenvolvem e ser capaz de o entender melhor (Benner, 2001; Rodnes, n.d.). Descortinar e difundir este trabalho (in)visível e aperfeiçoar a sua gestão enquanto instrumento terapêutico, poderá não impedir a interseção das órbitas dos dois mundos (mundo da criança e mundo da doença crónica), mas trará uma maior consciência das estratégias para melhorar os ganhos em saúde.

No contexto atual de crise socioeconómica é imperativo reencontrar estratégias que façam face às necessidades em saúde, proporcionando transições saudáveis, que não aumentem os custos, e que nos permitam melhorar os cuidados de saúde à criança e ao jovem. Como Collière nos refere “é obrigatório reencontrar o valor das coisas aparentemente mais banais e mais usuais, as mais indispensáveis à vida, que mantêm e recriam, mobilizam os sentimentos e restauram a entreatajuda e a solidariedade” (Collière, 2003, p. 8).

Nesta questão da visibilidade do cuidado de enfermagem, resta descobrir o que realmente queremos tornar visível. Como um artista que escolhe as suas obras para

expor na galeria, também nós enfermeiros podemos refletir e escolher sobre quais os aspetos da multiplicidade do cuidar em enfermagem queremos revelar (Hesbeen, 2013).

1.4. O cuidado emocional em pediatria

A dissonância existente entre o cuidado emocional à criança com doença crónica e o seu reconhecimento em termos mensuráveis ainda é significativa, mesmo cerca de vinte anos depois da definição de trabalho emocional em enfermagem por Smith (1992). Este cuidado emocional é intrínseco ao cuidar em enfermagem e inclui conceitos centrais como a empatia e atenção para com o outro (Smith, 2012). Assim, neste trabalho emocional em enfermagem que requer aprendizagem, treino e experiência, e em que o enfermeiro dispõe tanto emocionalmente enquanto pessoa, sabe-se que por vezes “o essencial é invisível aos olhos” (Saint-Exupéry, 2001).

“Cuidar neste mundo” apela à reflexão com um olhar diferenciado e alargado sobre o potencial da intervenção de enfermagem dentro da “infinitude de pequenas coisas” que influenciam o bem-estar da pessoa (Hesbeen, 2004). Estar atento às múltiplas dimensões da pessoa significa saber que:

(...) os cuidados de Enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de ‘pequenas coisas’ que dão a possibilidade de manifestar uma ‘grande atenção’ ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia.(...) essas ‘pequenas coisas não se devem confundir com ‘pequenos actos’ (...) trata-se, isso sim, de todas essas ‘pequenas coisas’ da vida, aquelas que, para uma determina da pessoa, dão sentido à vida e são importantes (Hesbeen, 2000, p. 47).

Hesbeen (2000) acrescenta que “todas essas ‘pequenas coisas’, não são espetaculares, não são observáveis e mensuráveis” quando se comparam com as situações complexas de saúde. Considera, assim que os enfermeiros apesar de obterem uma satisfação com os cuidados que prestam, que a recompensa é interior e modesta, pois por mais que a sua ação seja essencial produz resultados pouco palpáveis.

Smith (2012) reconhece que estas “pequenas coisas” faziam diferença também no seu sentimento sobre si. Referindo ainda como todo o interesse que as pessoas demonstravam quando esteve doente, a tinham feito sentir segura e cuidada, num ambiente à partida ameaçador, rígido e com hierarquias (Smith, 2012). No entanto, estas

“pequenas coisas” ou “gestos de cuidar” são difíceis de captar, escapam-nos e passam despercebidos na azáfama das rotinas diárias (Smith, 2012). Do mesmo modo, que a autora considera que o reconhecimento destas “pequenas coisas” se torna mais urgente com o aumento do número de idosos a passar os últimos dias de vida numa instituição, considera-se que o pesar das hospitalizações constantes da criança com doença crónica também o torna uma questão imperiosa para o bem-estar da criança e qualidade dos cuidados de enfermagem (Smith, 2012). O trabalho emocional implica a mobilização de competências, como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, fazer uso do humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas, que muitas vezes passam despercebidas e/ou invisíveis (Smith, 1992).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Este relatório de estágio tem como objeto de estudo o **trabalho emocional em pediatria**, almejando responder a questões fundamentais da intervenção do enfermeiro, reportando aos seus aspetos mais básicos, mas estruturais. As questões sobre as quais nos debruçamos não são questões fechadas com respostas imediatas, são questões em que cada enfermeiro têm que encontrar a sua própria resposta tendo em conta os princípios de boas práticas em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Como Damásio (2003, p.62) refere “o cérebro sabe mais do que a mente consciente dá a entender”, pelo que se torna essencial **distinguir emoções e sentimentos de emoções**. O sentimento “deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção”, enquanto a emoção “deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis” (Damásio, 2003, p. 62). Ou seja, não se podem observar sentimentos no Outro, só podemos observar sentimentos de nós próprios. Assim sendo, “*como conseguimos saber o que o Outro está a sentir?*”, conseguimos deduzir o que o Outro sente na medida em que alguns aspetos das emoções, que estão na base dos sentimentos são observados pelo Outro (Damásio, 2003).

Em relação ao trabalho emocional em pediatria surgem as seguintes questões: “*Como o fazemos? Porquê? Como melhorar? Como valorizar?*”. Questões que me remetem para o problema deste relatório - **a experiência emocionalmente intensa vivida pelos sujeitos em interação nas situações de cuidados**.

Será praticamente impossível conseguirmos descrever uma situação de cuidados em que não surjam emoções com as quais temos que lidar para cuidar, ou seja gerir as emoções no cuidar está intimamente enraizado no nosso conceito e prática de enfermagem. Dissociar esta vertente da enfermagem seria transformá-la em algo tecnicista e despido de sua alma. A experiência emocional deve ser vista num espectro com duas vertentes antagónicas, uma com uma **tonalidade gratificante** e outra com uma **tonalidade perturbadora**. Referimo-nos a tonalidades antagónicas e não emoções antagónicas, pois o mais comum, é podermos encontrar um misto de emoções em simultâneo no cuidar. Como por exemplo, na administração de terapêutica oral a uma criança, podemos observar os seus receios face ao desconhecido, sabor e odor

desagradável, dificuldade na deglutição, e em simultâneo o orgulho em conseguir completar o esperado dela, expressado nos elogios ao comportamento ou até numa possível recompensa face à aquisição de mais uma competência. A forma como a situação é vivenciada pelos intervenientes predita a posição no espectro entre o que é gratificante e perturbador. A analogia ao espectro de luz visível do físico, Issac Newton, é reforçada na medida em que as emoções no cuidar, pelas suas características efémeras, podem não ter limites determinados entre elas, tais como entre uma cor e outra, e ainda pela variabilidade de significados atribuídos por cada indivíduo à experiência individual, tal como acontece em relação à capacidade de diferenciar todas ou algumas cores no espectro.

As emoções são então induzidas de duas formas distintas: 1) “quando o organismo processa determinados objetos ou situações através de um dos seus dispositivos sensoriais” (por exemplo, a perplexidade da criança quando observa os equipamentos médicos durante a hospitalização, gera-lhe uma resposta de medo face ao desconhecido); 2) “quando a mente dum organismo recorda certos objetos e situações e os representa, enquanto imagens, no processo do pensamento” (a associação de imagens significativas para a criança, por exemplo, ao ver uma bola de futebol, transporta-a para as emoções que sentia naquele momento em que jogava com os seus amigos) (Damásio, 2003, p. 77). A atribuição de um significado mais positivo ou negativo à experiência prende-se com as experiências do indivíduo, e da sua capacidade de adaptação a uma nova situação estável, primeiro pelo reconhecimento da necessidade de transição, e posteriormente pelo seu comprometimento à mudança (Meleis, 2010).

Desta forma, pretende-se explorar a intervenção de enfermagem, começando por lançar o repto na reflexão sobre a reação instintiva perante uma situação perturbadora, no foco no reconhecimento do campo de atuação no cuidado emocional, e ainda na resolução da melhor estratégia para minimizar a experiência perturbadora.

No apêndice I encontra-se o mapa conceptual da (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crônica. Este mapa permitiu-nos explorar as diferentes ramificações e articulações do problema e objeto de estudo, facilitando a apresentação gráfica das diferentes pesquisas e estabelecendo a ligação esquemática entre os diferentes conceitos.

3. PERCURSO DE ESTÁGIO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS ÀS ATIVIDADES CONCRETIZADAS

Após o quadro conceptual apresentado, onde se esclarecem e desenvolveram os conceitos estruturantes do presente relatório, apresentamos de seguida a descrição e análise reflexiva do percurso de estágio, tendo-se optado estruturalmente por uma apresentação individual por contexto de estágio. Neste sentido, fazemos inicialmente, referência às atividades de estágio concretizadas em função dos objetivos propostos e, posteriormente, das competências adquiridas ao longo do período de estágio, conforme o Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II).

A metodologia adotada neste relatório consiste na reflexão sobre a ação (Schön, 1987; Zeichner, 1993) no cuidado emocional à criança e família, perspetivando uma prática reflexiva e baseada na evidência. E consequentemente, a reelaboração da nossa prática de cuidado emocional em pediatria, reconstruindo os saberes preexistentes e confrontando-os com os novos desafios da enfermagem. Esta lógica de pensamento reflexivo das aprendizagens experienciais (Kolb, 1984) (Anexo I) nos diversos estágios será fundamental para este processo de desenvolvimento de competências específicas de EEESCJ, na medida em que, só através dele podemos confrontar, comparar, ampliar e rever o conhecimento de carácter teórico (Pimentel, 2007). A aprendizagem experiencial em contexto de estágio pode desencadear processos cognitivos importantes para transferir o conhecimento para a prática, com vista à apreensão das novas realidades de cuidados à criança e família. Esta proximidade permitida pelos estágios, de um contacto próximo com realidades de cuidados tão singulares regula uma nova organização da dimensão prática de enfermagem com o intuito de gerar novo conhecimento profissional (Mestrinho, 2012).

A conceção da aprendizagem de experiências de Kolb (1984) (Anexo II) descreve-nos quatro estilos de aprendizagem experiencial, o estilo Acomodação, Divergente, Convergente e Assimilação. Cada um destes estilos está associado à aquisição de diferentes competências. A Acomodação, associada às competências de ação, estilo de aprendizagem típico de pessoas que preferem depender mais na sua intuição, do que na análise da situação, tendo para isso por base a informação dada por outro como correta (Kolb, 1984). O Divergente, ligado a competências de relação, é um estilo de

aprendizagem característico de pessoas que têm a capacidade de observar em diferentes perspetivas, com facilidade na pesquisa de informação e de resolução de problemas (Kolb, 1984). O Convergente associado a competências de experimentação, típico de pessoas que se sentem atraídas a tarefas e problemas técnicos, que gostam de experimentar novas ideias e simular aplicações práticas das suas aprendizagens (Kolb, 1984). Por último, a Assimilação relacionado com competências de conceptualização, característico de pessoas que necessitam de uma explicação lógica e concisa a uma experiência prática de recolha de informação e organização da mesma (Kolb, 1984).

Os resultados expectáveis visam um trabalho emocional mais explícito e visível pelo desenvolvimento de uma prática reflexiva, proporcionando aos enfermeiros as competências necessárias para gerir adequadamente as experiências emocionalmente intensas, de natureza perturbadora vivenciadas em pediatria, e ajudar na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados à criança e família (Diogo, 2015) (Anexo III).

As instituições envolvidas neste relatório de estágio foram selecionadas de acordo com os objetivos do mesmo e a sua adequabilidade ao contexto, na perspetiva de não só enriquecer o nosso percurso formativo de desenvolvimento de competências de EEESCJ, mas também, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. As instituições serão apresentadas pela ordem de estágios definida cronologicamente, numa perspetiva de crescente complexidade, no âmbito da prestação de cuidados e de desenvolvimento de atividades centradas no cuidado emocional à criança com doença crónica (Apêndice III).

O primeiro estágio decorreu em **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Esta unidade pertence à área de abrangência do hospital onde trabalho, e nela desenvolvem-se Consultas de Saúde Infantil de segunda a sexta-feira, assim como vacinação infantil, ambas realizadas por um EEESCJ.

O segundo estágio, num **Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**, que presta assistência a todos a que ele recorram, especialmente destinado à prestação de cuidados urgentes e emergentes de pediatria. Num hospital que se destaca pela sua preocupação com a humanização dos cuidados e qualidade dos cuidados de saúde prestados,

assegurando o respeito pela dignidade humana, recentemente acreditado pela *Joint Commission Internacional*. As instalações físicas do serviço de urgência atuais, decoradas com motivos pediátricos e a simpatia e trabalho de equipa de profissionais promovem um ambiente seguro e afetuoso à prática de cuidados à criança e família. Os cuidados à criança e família contam neste serviço com dois EEESCJ.

O terceiro estágio desenvolveu-se num **Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais**, numa unidade que apresenta princípios estruturais baseados num quadro de permanente disponibilidade, dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orientando-se em função dos interesses dos recém-nascidos, e suas famílias e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais. Neste serviço, a equipa de cuidados é composta por enfermeiros especialistas nas diversas áreas de especialização, Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Reabilitação, assim como, de vários peritos na área do cuidado ao recém-nascido em Neonatologia.

Defini o percurso no sentido de culminar, num **Serviço de Pediatria Médica** numa Unidade de Nefrologia Pediátrica (UNP). Este serviço extremamente rico nas suas valências é constituído por uma enfermaria, hospital de dia e visita domiciliária (pela Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio I). A equipa que o constitui presta cuidados à criança com doença aguda e crónica renal, assim como com outras especialidades médico-cirúrgicas. Atualmente conta com dois enfermeiros especialistas, um em Enfermagem de Reabilitação e outro em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Neste por ser o nosso contexto de trabalho, pretende-se desenvolver em maior profundidade as competências específicas do cuidado emocional à criança com doença crónica.

Indispensável à consecução do relatório de estágio “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”, foram delineadas atividades de acordo objetivos gerais, transversais ao percurso de desenvolvimento de competências de EEESCJ e de obtenção do grau de mestre em enfermagem (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p. 4760). Os objetivos gerais delineados consistem:

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidar à criança e família nos diferentes contextos da prática;

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidado emocional à criança e família, com foco nas necessidades da criança com doença crônica.

Atendendo à especificidade do cuidar em enfermagem em cada um dos contextos de estágio foram definidas atividades, numa lógica de crescente complexidade de cuidados especializados à criança e família no âmbito do cuidado emocional (Apêndice II). A apresentação e reflexão das atividades será organizada de acordo com os campos de estágio, onde estarão implícitos os seus objetivos específicos em articulação com as competências comuns do EE e competências específicas do EEESCJ (OE, 2011b, 2011c) (Anexo IV e V).

Neste sentido os resultados esperados deste relatório de estágio têm em conta as três dimensões das atividades propostas: 1) Atividades instrumentais visam a promoção das boas práticas na prestação de cuidados à criança e família; 2) Atividades formativas pretendem fomentar a formação da equipa na prestação de cuidados especializados à criança e família, com foco no cuidado emocional; 3) Atividades reflexivas centram-se na reflexão sobre as práticas de cuidados à criança e família, com ênfase no cuidado emocional. As atividades contemplam um *continuum* crescente de complexidade e de aquisição de competências específicas de EEESCJ. Inicialmente destacam-se atividades com ênfase no cuidado emocional da criança e família em situação de saúde-doença nos vários contextos, evoluindo por fim, para o foco do cuidado emocional à criança com doença crônica, destacando a sua visibilidade como peça central para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Regressar ao papel de estudante em contexto de estágio foi experienciado com um “friozinho na barriga”. Esse desconforto emocional que confessamos é o reflexo do medo de falhar, de não corresponder, não às expectativas dos Outros, mas às nossas pois, na verdade é com essas emoções que temos que lidar no quotidiano da relação com o Eu e com os Outros. A postura de estudante deve ser a de quem quer aprender, descobrir, refletir, inovar, entre outros muitos verbos construtivos conjugados no infinitivo, mas como ocorre esta transição de papéis de “enfermeiro a estudante” e de “estudante a enfermeiro especialista”? Queremos com isto dizer que fizemos o nosso melhor por espelhar as aprendizagens deste percurso, tentando não mascarar-lo com retoques de perfeição. De forma, a facilitar a leitura e interligação com as competências de EE, iremos identificar as competências e/ou unidades de competências que

adquirimos ao longo do texto, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEESCJ da OE (2010) (Anexo IV e V).

A primeira semana de cada estágio permitiu-nos **conhecer as dinâmicas e filosofias de cuidados dos serviços de saúde** e reunir com enfermeiros chefes e consultar os mais diversos documentos institucionais. Procurámos observar as práticas de cuidados à criança e família sem tentar interferir, verificar como cada um insere o trabalho emocional no seu cuidar, sem possuir por vezes a consciência total da estratégia que utiliza. A estranheza e a perplexidade quando expúnhamos o nosso objeto de estudo reforçou a nossa necessidade de tornar “visível o invisível”. Sentíamos que só ao **explicar a problemática da experiência emocionalmente intensa** e a necessidade de deixar de a ignorar para conseguir continuar a cuidar e como ficávamos desconfortáveis com o sofrimento do Outro, é que conseguíamos realmente que tudo fizesse mais sentido. No ato de cuidar corremos o risco de nos envolvermos, de absorver e perdermo-nos nas emoções e preocupações do Outro.

A verdade é que não gostamos de falar de emoções, preferimos coisas mais práticas que consideramos mais palpáveis e controláveis. Podemos dizer que não houve nenhum contexto por onde estagiámos em que os enfermeiros não tenham usado estratégias de trabalho emocional no seu dia-a-dia. Percebemos assim, que estávamos no caminho certo, “só” tínhamos que fazê-los perceber que se as utilizassem com maior consciência poderiam aumentar exponencialmente as suas potencialidades, assistindo a criança e jovem na maximização da sua saúde (competência E1). Mobilizámos desta forma os recursos que tínhamos à disposição para **prestar cuidados de enfermagem avançados**, sustentados pelo julgamento clínico e tomada de decisão (competência A1). Surgiu a necessidade de uma enfermagem mais direcionada para a individualidade da criança e família, concretizada pelas relações interpessoais, centrada no diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas com mais competência para a tomada de decisão (Benner, 2001; Paiva & Silva, 2007) (competência A1). Ao longo dos vários campos de estágio, nesta procura de enfermagem com mais enfermagem, descobrimos que o combinar da colaboração, saberes e o empoderamento são os processos subjacentes à enfermagem avançada. O caminho nos cinco domínios da enfermagem avançada é progressivo tal como nos domínios de Benner, e é esse o caminho que pretendemos continuar percorrer enquanto EE. Ao aprofundar conhecimentos sobre a enfermagem avançada, tendo em conta o percurso que

realizámos, emergiu o **conceito de sensibilidade ética**. Este conceito ajudou-nos a compreender a razão do nosso questionamento, na medida em que a sensibilidade do enfermeiro para responder à necessidade do Outro traduz-se na sua capacidade de ouvir, observar e em estar disponível. Felizmente não nos conseguimos desprovir da consciência de nós, pois sabemos qual impacto que as nossas ações podem ter e como o julgamento afeta a nossa conduta, e têm-se por isso, consciência do Outro como Ser com dignidade pertencente a uma cultura e tradições (Sayers & Vries, 2008) (unidades de competências A2.1, D1.1, E3.3). Não aceitamos por isso as incertezas apenas como uma vulnerabilidade pessoal, na medida em que são essas mesmas incertezas que nos impelem a procurar sucessivamente novos caminhos e a desafiar condições preexistentes (Weaver, 2007; Weaver, Morse, & Mitcham, 2008). Este conceito é muitas vezes explorado face aos seus benefícios, mas também revela algumas consequências negativas para o profissional que não podem ser menosprezadas, tais como a sobrecarga emocional, exploração, perdas pessoais e angústia moral, talvez por isso nos seja tão difícil falar sobre as nossas emoções.

A Enfermagem não se consegue dissociar da sua **dimensão ético-moral**. Em contexto prático, como neste percurso de estágio, estamos constantemente envolvidos em situações em que temos necessidade de escolha entre duas ou mais alternativas, que ponderamos à luz dos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, e do nosso próprio código moral (unidade de competência A1.2). Sentimos que a dificuldade na decisão surge pela consciência de que a escolha de uma alternativa está inevitavelmente aliada ao peso das suas possíveis consequências indesejáveis, quer a decisão seja em equipa quer individual (unidade de competências A1.4, A2.2). Desta forma, o desrespeito do código deontológico mesmo que inconsciente, para nós conduz a sérias incompatibilidades no exercício de enfermagem. Consideramos essencial mobilizar estes instrumentos para responder às questões do quotidiano em torno daquele que é o centro do nosso cuidado, a criança e família, não esquecendo a responsabilidade da autonomia do enfermeiro e da intencionalidade da sua ação (Gândara, 2004) (unidade de competências A1.1, A1.2).

Durante os estágios, procurou-se compreender a experiência emocionalmente intensa vivida pelo sujeito em interação nas situações de cuidados, pelo que foi necessário **aprofundar o entendimento das emoções** nas etapas do desenvolvimento da criança. Nas várias oportunidades de contato com o RN, quer nas Consultas de

Enfermagem quer na UCIN, estivemos atentos às suas expressões emocionais, que manifestavam através do choro, agitação psicomotora, alteração da coloração da pele, sudorese e abertura ocular (Scharfe, 2002). Percebe-se empiricamente, pela observação do comportamento do RN ao ser aconchegado, acarinhado, confortado, quer pelo simples toque, ou ao colo sentindo os batimentos cardíacos, respiração, calor e cheiro da mãe, que estes “pequenos gestos” permitem a sua organização sensoriomotora. Piaget e Bowlby estudaram estas interações precoces do RN, em que demonstram que o RN inicia as suas relações com “objetos humanos aos quais reage, antes de reagir aos objetos materiais” (Golse, 2005, p. 278). A confiança o RN e lactente que desenvolve com a figura parental faz com que a sua ausência desperte angústia e inquietação, iniciando à medida que a sua cognição se desenvolve comportamentos de procura da mesma (Golse, 2005).

De uma forma quase impulsiva, tentamos reconfortar o lactente mimando os gestos dos pais numa tentativa de ajudar e cuidar, mas quantas vezes não aconteceu desorganizar ainda mais o lactente? Spitz explica aquilo que denominou como angústia do oitavo mês, em que refere que o bebé adquire a capacidade de reconhecer o rosto materno, e ao identificar um rosto não-materno desencadeia um quadro de choro, gritos e desorganização motora (Golse, 2005). O choro e as birras, envergonham frequentemente os pais nas consultas e nas situações de hospitalização, que podem não entender a ausência de colaboração e transtorno causado pelo comportamento do filho.

Pode-se observar e contactar com o lactente e *toddler*, nos CSP, SUP e UNP, observando a sua interação com o meio ambiente e reação aos estímulos. Não obstante, o seu comportamento desajustado evidenciava-se mais nos dois últimos, possivelmente face à situação de saúde-doença. Percebe-se claramente a evolução em termos relacionais, pelo interesse por objetos coloridos e sons, porém ainda demonstram imaturidade na realização de escolhas, e decidem assim, afastar-se de determinado estímulos que desconhece. Compreende-se assim, a dificuldade em avaliar uma temperatura ou tensão arterial, ou a recusa em colaborar com o exame físico. Denota-se que estes procuram o conforto nas figuras paternas para suprimir o medo, do que lhes é estranho.

O *toddler* pela sua crescente capacidade de se deslocar autonomamente, gera sentimentos de preocupação contante aos pais, que temem pela segurança do seu filho.

Redobram-se assim os ensinamentos dos enfermeiros, relativamente à necessidade de reconhecer e evitar os perigos. Nesta fase, já não é possível conter a criança como na fase anterior, confortando-a e aconchegando-a, começa a ser imperioso o recurso à sua compreensão do “não faças isso, não, não faças aquilo” (Golse, 2005). Esta necessidade de estabelecer limites, não pode ser castradora, têm que ser equilibrada face à necessidade da criança de explorar a sua autonomia, pelo que se devem discutir-se estratégias com os pais de como manter o ambiente seguro.

À medida que a criança se desenvolve a sua capacidade de atribuir características humanas a objetos vai dando lugar ao pensamento mágico do pré-escolar. O acreditar na magia, ilusão e concretização dos seus desejos, não devem ser desencorajados, devem ser explorados como recursos, para conseguir a colaboração e interesse da criança. A capacidade de expressar verbalmente emoções ainda é limitada, conseguem no entanto classificar muito claramente o feio e o bonito (Scharfe, 2002), que atribuem não só as características físicas, mas à empatia que sentem por determinada pessoa. Observar as crianças a brincar na sala de espera dos CSP e SUP, permitiu-nos explorar a expressão de emoções com os pares, facilitada pela brincadeira (Scharfe, 2002). Nesta fase, começam também a entender as emoções expressas pelos pais, pelo que há uma necessidade de alertar os pais que devem evitar sujeitar a criança a estados emocionais potencialmente perturbadores.

Os escolares conseguem reconhecer e mobilizar estratégias de gestão emocional, tal como a respiração profunda e controlada, ou a imaginação guiada (Scharfe, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014). O recurso a estas técnicas é fundamental na prestação de cuidados não traumáticos à criança, para conseguir aliviar o seu sofrimento e medo (Hockenberry & Wilson, 2014). Conseguem também pela expressão emocional do outro tomar decisões face a situações ambíguas, como decidir se é seguro ou não entrar na sala de tratamentos de enfermagem.

O adolescente normalmente demonstra expressões e respostas extremas às situações a que é exposto, pelo que é fundamental perceber e desconstruir as suas disrupções emocionais e labilidade emocional, para lhe inculcar estratégias de *coping* adequadas (Hockenberry & Wilson, 2014). A sua resposta emocional traduz-se em choro, riso despropositado, verborreia, mutismo, agressividade, calma, estados extremos que podem ser de causa emocional. As transições de saúde-doença são vividas com

intensidade, pelo medo da alteração da imagem corporal, perda de controlo e possibilidade de morte (Hockenberry & Wilson, 2014). É particularmente frequente a ocorrência de episódios de lipotimia em situações de ansiedade, como na colheita de sangue. Cabe ao enfermeiro proporcionar um ambiente que permita a partilha das suas emoções, na medida em que este têm uma maior facilidade em se expressar com pessoas “estranhas” (Hockenberry & Wilson, 2014).

O encanto despertado pela criança, independentemente da sua etapa de desenvolvimento, reside na sua capacidade de surpreender a cada dia. Conseguem muitas vezes superar o que muitos de nós, adultos, seríamos incapazes. A criatividade que lhes é característica e a maneira como nos transitam o que sentem leva-nos a pensar que existe um mundo ainda por descobrir no desvendar da sua linguagem das emoções. A forma como por vezes, veem a perspetiva positiva das situações e a relativização dos problemas, é um os grandes ensinamentos que retive ao Cuidar em pediatria.

Em contexto de **CSP** tivemos necessidade de nos focar também, na **avaliação do desenvolvimento infantil**, promoção do crescimento e desenvolvimento, e em encontrar **estratégias para nos aproximarmos da criança e família** no curto espaço de tempo em que decorre uma consulta de enfermagem (unidade de competências E3.1, E3.2, E3.3). Realidade diferente da nossa, uma vez que no nosso contexto de trabalho contactamos maioritariamente com crianças com doença crónica, e por isso toda a dinâmica relacional se processa de forma gradual, e naturalmente se cria uma relação de proximidade com a criança e família facilitadora da intervenção de enfermagem. Desta forma, temos a noção que o estabelecimento de uma **relação empática** nem sempre é fácil pela complexidade do ser humano, mas é através do conhecimento empático que se consegue obter a noção da experiência sentida e particular do Outro. Porém, percebeu-se que um único momento não chega para estabelecer a **relação de confiança** pretendida de modo a promover uma enfermagem terapêutica e também por isso poderão não ter ficado explícitas em todas as **consultas de enfermagem** quais as atividades e ações que resultaram destes momentos, com o intuito de diminuir a vulnerabilidade e facilitar a transição, melhorando a sensação de bem-estar (Meleis, 2010) (unidade de competência E1.1).

Realizou-se uma **entrevista reflexiva** semiestruturada ao enfermeiro orientador deste contexto de estágio, que visou conhecer melhor as dinâmicas de cuidados do

contexto e ainda explorar quais as suas estratégias para lidar com as experiências emocionalmente intensas (Apêndice IV).

Elaborou-se, ainda, um **Diário de Campo sobre a consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica** onde se retrata a realidade vista pela autora, acerca do acolhimento e fatores ambientais e a experiência vivida na promoção da saúde (Apêndice V) (competências D1 e D2).

Compôs-se ainda um **guião de observação** (Apêndice VI) para captar a experiência emocional da criança e família no recurso aos CSP. A partir das observações pontuais realizadas, conseguiram **organizar-se fatores que se julgaram influenciar a experiência emocional**, tais como:

- a) Ambiente (nível de ruído, agitação, temperatura, luminosidade);
- b) Criança e família (relação familiar, disponibilidade, expectativas face aos CSP, desenvolvimento da criança);
- c) Profissionais (elemento estranho desconhecido na primeira consulta, familiaridade com o profissional de referência, disponibilidade);
- d) Motivo de recurso aos CSP (consulta de vigilância, vacinação, consulta de urgência por doença aguda);
- e) Institucional (conhecimento da dinâmica organizacional, experiências prévias);
- e) Outras famílias (comportamento em sociedade, choque de valores culturais e comportamentais).

No final do estágio como forma de fechar o ciclo formativo como um agente facilitador da aprendizagem na área da especialidade, estabeleceu-se um **plano e implementação da ação de formação** “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança e família nos cuidados de saúde primários”. Nesta além de explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria, identificaram-se em conjunto com a equipa as experiências emocionalmente intensas mais comuns no recurso aos CSP e discutiram-se quais as estratégias para minimizá-las (Apêndice VI) (unidade de competências D2.1, D2.2).

Em suma, ao longo do estágio na UCSP destacaram-se **diagnósticos de enfermagem** no âmbito do trabalho emocional em pediatria, no eixo do foco: emoções, parentalidade e desenvolvimento infantil (*International Council Of Nurses*, 2014)

(Anexo I). Este define as emoções como um processo psicológico de “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressos; podem aumentar com o *stress* ou com a doença.” e a parentalidade como um tomar conta, ou seja, “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar (...); interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”(ICN, 2014) (Anexo I). Assim, pela observação reflexiva da intervenção do Outro, e pelo treino de competências de EEESCJ ao longo deste estágio, concluiu-se que o enfermeiro têm um leque amplo de intervenções de enfermagem no cuidado emocional que devem ser adaptados à individualidade, crenças e cultura do seu objeto de cuidados. Desta forma, a título de exemplo destacam-se as seguintes **intervenções de enfermagem**: avaliar a resposta emocional ao ensino nas consultas de saúde infantil; avaliar o bem-estar emocional da criança e família; promover a adaptação à parentalidade; gerir a ansiedade na adaptação à parentalidade; gerir emoções de tonalidade perturbadora; proporcionar segurança emocional; promover a comunicação efetiva de emoções; promover o conforto; planejar/executar técnica de distração na execução de procedimentos; planejar/executar toque terapêutico; estabelecer uma relação empática e de parceria de cuidados; providenciar apoio emocional, ensinar sobre a parentalidade efetiva e promover a parentalidade efetiva.

O contexto de **SUP** permitiu-nos aperfeiçoar a nossa competência no âmbito do **reconhecimento de doenças comuns e situações risco e/ou instabilidade das funções vitais**, para que se conseguissem estabelecer as **prioridades de cuidados** (unidade de competências E1.2, E2.1). Neste serviço, contempla-se o esforço e dedicação dos profissionais no desenvolvimento de sistemas de trabalho que permitem aos enfermeiros uma maior autonomia (pela valorização de focos e áreas de intervenção em enfermagem), reflexão sobre as práticas (pela estruturação das intervenções de enfermagem – desde o diagnóstico de enfermagem à prescrição de intervenções) resultando numa maior individualização dos cuidados tendo em conta os resultados esperados (unidade de competências B3.1, B3.2). Os **sistemas de informação de enfermagem** infelizmente ainda não estão suficientemente desenvolvidos em todos os contextos, pelo que muitas vezes os registos de enfermagem não são considerados uma prioridade. Conseguiríamos enunciar os vários argumentos para “justificar” o

estandardizar de registos de enfermagem, todavia sabemos em consciência, que estes documentam informações que asseguram a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. A observação tão clara dos resultados de um sistema de informação, ainda que em implementação, com resultados tão evidentes, ao nível da promoção da continuidade de cuidados e tratamento de dados para a aferição de indicadores dos cuidados de enfermagem, fez-nos acreditar que com pequenos grandes passos se faz a diferença. Acredita-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem depende muito do que somos capazes de transmitir ao Outro acerca do que fazemos, não só via oral mas também escrita (Bondas, Eriksson, & Karkkainen, 2005).

Neste contexto de estágio realizámos uma **entrevista um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** cuja área de interesse reside na investigação das emoções e no trabalho emocional em enfermagem, com vários artigos publicados e participações em conferências. Esta entrevista permitiu-nos focar o olhar e **reconhecer as experiências emocionalmente intensas mais comuns em cada um dos ambientes do serviço de urgência**, descritas no apêndice VI. Estabelecendo assim, as estratégias mais utilizadas pela equipa para as minimizar a experiência emocionalmente intensa, e o que poderia ser feito para melhorar a qualidade das mesmas (Apêndice VI) (unidade de competência D2.1).

Participámos em várias **formações como formando** com o tema transversal de “Cuidados não traumáticos”. Onde se desenvolveram temas como o acolhimento e formas de comunicação com a criança e família, medidas não farmacológicas no controlo da dor, nos procedimentos invasivos consoante a etapa de desenvolvimento e ainda, a intervenção de enfermagem pré e pós cirúrgica.

Elaborámos um **plano de ação de formação** com o título “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança e família no serviço de urgência pediátrica” em que se pretendia sensibilizar para a importância do trabalho emocional inscrito no cuidar de enfermagem à criança e família, identificando a experiência emocionalmente intensa no recurso ao serviço de urgência pediátrica, para que numa discussão de ideias se identificassem e estabelecessem estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa. No entanto, face às características imprevisíveis de um serviço de urgência, apesar da divulgação e marcação antecipada, não foi possível realizá-la, e por isso, foi disponibilizado o recurso audiovisual da ação de formação à equipa para

consulta (Apêndice VIII) (unidade de competências D2.1, D2.2).

No sentido de caracterizar o trabalho emocional em pediatria no contexto do SUP, delinear-se diagnósticos de enfermagem mais comuns. Durante o estágio sentiu-se necessidade de ter em conta não só o eixo do foco: emoções e parentalidade, mas também do foco do medo e/ou comunicação¹ (ICN, 2014) (Anexo I). Destaca-se a promoção da comunicação efetiva de emoções no serviço de urgência, uma vez que esta pode determinar o descortinar de situações psicossociais que conduziram o recurso ao serviço. A frequente expressão de emoções de tonalidade negativa (como o medo, angústia, raiva) pelo binómio criança e família, revela que quem recorre ao SUP sente-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, pelo que o EEESCJ deve explorar as suas causas individuais de forma adequar a intervenção de enfermagem. Como **causas percebidas mais comuns de expressão de emoções negativas** pela criança e família neste estágio na ótica do enfermeiro² apresentam-se: o desconhecer do método de triagem de prioridades, o medo provocado por estar num ambiente desconhecido/pouco familiar, o desconhecer o que vai acontecer, a sensação de perda de controlo da situação e a realização de procedimentos dolorosos e/ou desconfortáveis.

Neste sentido, tendo em conta a visibilidade do trabalho emocional em pediatria, ficam descritos alguns exemplos de **intervenções de enfermagem** conduzidas no contexto de estágio de SUP, tais como: avaliar a fadiga, medo e preocupação da criança e família; facilitar a comunicação expressiva de emoções; avaliar a resposta emocional ao ensino de competências; gerir a ansiedade; gerir emoções de tonalidade perturbadora; proporcionar segurança emocional; promover o conforto; proporcionar ambiente calmo; planejar/executar técnica de distração, toque terapêutico e relaxamento nos procedimentos dolorosos; estabelecer uma relação empática e de parceria de cuidados.

No contexto de **unidade de cuidados intensivos neonatais** (UCIN) demos especial atenção à **promoção da vinculação** de forma sistemática, particularmente no caso do

¹ “Comportamento interativo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.”(ICN, 2014).

² Durante o período de estágio foi desenvolvido um estudo sobre “Desempenho do trabalho emocional em enfermagem: Qual o potencial terapêutico em diferentes contextos clínicos” em que se pretende captar as vivências autênticas da criança e família para conhecer melhor a sua realidade. Estudo este, que se adivinha poder apreciar fidedignamente as causas comuns de expressão de emoções negativas pela ótica do utilizador dos serviços de saúde.

recém-nascido doente ou com necessidades especiais (unidade de competência E3.2) e à **comunicação com a família** de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (unidade de competência E3.3).

Iniciámos o percurso nesta realidade “mais sombria” da **transição para parentalidade**, que exige um cuidar minucioso ao nível técnico médico-cirúrgico e ao mesmo tempo de um cuidar repleto de afetos, tendo por base o conceito de *role supplementation*³ de Meleis (2010).

Ao longo da gravidez os pais são acompanhados em consultas de saúde materna e aulas de preparação para o parto que permitem que estes adquiram confiança e competência na construção do papel parental, porém nestes pais essa preparação é interrompida pelo nascimento prematuro. Existe desta forma a necessidade de criar oportunidades para expressar preocupações e sentimentos, e explorar estratégias de maximizar o seu novo papel, quer de forma individual quer em grupos de apoio aos pais. Reconhece-se desta forma que é necessário mais do que apenas conhecimento para efetuar a transição para a parentalidade bem-sucedida, sendo fundamental o uso de técnicas de gestão emocional da família. Nesta rotura com o esperado, surgem expetativas e sentimentos ambíguos em relação à parentalidade, devido às influências externas de experiências de outros e pesquisas erróneas. Para atingir a mestria no papel há que procurar aferir o significado individual da vivência para a família, os padrões de comportamento antecipatório que tinham estabelecido para o bebé desejado, sentimentos, sensações e objetivos envolvidos em cada papel (Meleis, 2010). É neste sentido que o EEES CJ se destaca, fazendo com que a sua atuação faça a diferença entre uma família feliz e bem ajustada e uma família desconectada e mal ajustada (Meleis, 2010). Esta transição nos pais de crianças na UCIN é diferente da dos pais que têm crianças saudáveis, uma vez que esta experiência provavelmente dificultará a sua transição (Shin, 2003). As mães de recém-nascidos saudáveis iniciam a transição com sentimentos positivos, alegria e felicitações pelo nascimento, enquanto as mães dos recém-nascidos na UCIN iniciam-na de forma confusa com sentimentos ambíguos de tristeza e choque (Shin, 2003).

³ “Role supplementation is defined as any deliberative process whereby role insufficiency or potential role insufficiency is identified by the role incumbent and significant others, and the conditions and strategies of role clarification and role taking are used to develop a preventive or therapeutic intervention to decrease, ameliorate, or prevent role insufficiency.”(Meleis, 2010, p. 17).

Constituem-se assim marcos importantes de crescimento pessoal, na primeira vez que o bebé pode ser retirado da incubadora, na altura que o bebé pode ter alta da UCIN e também quando o bebé adquire uma aparência normal em comparação a um bebé saudável (Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Lim, 1997; Mun, 2000; Shin, 2003).

Os pais que têm menos oportunidades de contacto com o recém-nascido tendem a ter mais dificuldade em estabelecer ligações afetivas. Neste sentido foi necessária a **integração de técnicas promotoras da vinculação mãe-bebé** em colaboração com os enfermeiros da UCIN, promovendo a sua participação nos cuidados, planeando-os, para que, pudessem estar presentes, o **toque** de forma mais precoce possível, o **canto** e ao **método canguru** (unidade de competências E1.1, E3.2). Desta forma, considerou-se pertinente elaborar um **Jornal de Aprendizagem**, onde se exploram reflexivamente os momentos que contribuíram para atingir dos objetivos neste campo de estágio (Apêndice IX) (competências D1, D2).

O ambiente destas unidades está invariavelmente ligado à presença de equipamentos pouco familiares, sons e alarmes vários e presença de outros recém-nascidos doentes, não sendo por isso facilitador do processo de vinculação. Este ambiente adivinha-se assim como um sério obstáculo à capacitação destes pais, que exprimem olhares assustados (expressão de emoções como o medo, angústia, ansiedade), tentando compreender a sua envolvimento, pelo que a atuação em equipa para minimizar este impacto emocional é essencial. Na unidade onde realizámos o estágio foi notório o esforço para tornar o **ambiente mais familiar**, pelas cores das paredes, luminosidade reduzida, manutenção do ambiente aquecido, utilização de tecidos com motivos pediátricos e fardamento em cores suaves. Reforçando ainda mais a nossa convicção de que pequenos gestos fazem a diferença no cuidar, tentou-se assim encontrar o equilíbrio entre um ambiente promotor da cura e do cuidar.

Assistiu-se a um Curso: “*Cuidar para o Desenvolvimento do prematuro na UCIN – que futuro?*” com a duração total de 8 horas, ministrado por profissionais da UCIN. Neste curso foi abordado o tema da vulnerabilidade do neonato, face à doença, procedimentos dolorosos, medicamentos, hospitalização prolongada, ambiente sensorial inadequado, gravidade, hipotonia, fraqueza, gasto energético, sono interrompido, entre outros. Foi ainda destacado o papel da UMAD durante a primeira semana após a alta e até a criança atingir 2500gr e posteriormente caso necessário. Esta unidade de apoio

móvel é fundamental no apoio aos pais nas primeiras dúvidas que surgem no domicílio, pelo que nas visitas tem-se em conta que os pais se encontram tanto física como psicologicamente esgotados, apresentando as mais diversas dificuldades, como por exemplo, em compreender o choro do bebé, esterilização e preparação correta dos biberões, entre outras.

No contexto da UCIN, como já se explicitou nos parágrafos anteriores sentiu-se uma maior necessidade de nos debruçarmos sobre o eixo do foco: desenvolvimento infantil, parentalidade e emoções (ICN, 2014) (Anexo I). Pode-se também referir como foco: angústia da separação, capacidade para comunicar sentimentos, comunicação familiar comprometida, *coping* familiar, culpa⁴, entre tantos outros (ICN, 2014) (Anexo I). A perceção da interligação entre estes três primeiros focos na UCIN é determinante na ação do EEESCJ, e a sua interdependência é notória nos resultados de enfermagem obtidos no estágio. Note-se por exemplo, na promoção da adaptação à parentalidade, o envolvimento dos pais nos cuidados e alcance da independência na satisfação das necessidades do bebé, resultou de sucessivas intervenções de enfermagem planeadas no sentido de proporcionar uma transição para a parentalidade. Porém, não foram apenas obtidos resultados ao nível da parentalidade, também a organização física e emocional dos pais foi influenciada de forma positiva. Utilizaram-se em conjunto estratégias de sintonização da UCIN com o “mundo da criança”, planeou-se a abordagem aos pais com recurso a expressões intencionais e espontâneas de afeto, realizou-se o reforço positivo na aquisição de competências, conseguindo-se desta forma, estabelecer uma relação de confiança e parceria mais coesa, facilitando a expressão das emoções do Outro e realizando a sua gestão com maior facilidade. Por último, o mais vulnerável parceiro de cuidados neste processo de parentalidade, o bebé, com as suas competências diminuídas pela prematuridade, necessita de uma estrutura familiar estável, que o consiga apoiar e guiar na aquisição de competências e na prestação de cuidados especiais e imediatos, para que assim se desenvolva. Comprova-se, que as intervenções de enfermagem são revestidas de ressonância afetiva, sendo capaz de influenciar os resultados dos cuidados de enfermagem, tornando assim explícito o que está implícito - a visibilidade do cuidado emocional.

⁴ “Emoção negativa: sentimentos de ter procedido erradamente, conflito de valores ou tensões internas quando alguém desce abaixo do conjunto de normas que traçou para si próprio; os sentimentos de culpa são dirigidos para o próprio, não para os outros.” (ICN, 2014).

No contexto de **UNP** pretendeu-se conjugar todas as aprendizagens resultantes do percurso de estágio, com ênfase na **assistência da criança e jovem na maximização da sua saúde**, com vista à **promoção da adaptação da mesma à doença crônica**, deficiência ou incapacidade (competência E1 e unidade de competência E2.5). Neste sentido, foi enfatizado o treino da criança e família face à **readaptação à situação atual de doença**, à **gestão de um regime medicamentoso complexo**, o **encaminhamento e/ou sinalização** da necessidade de apoio multidisciplinar e visita domiciliária.

Salienta-se nesta unidade, a constituição de um **enfermeiro de referência** à criança e família, que se reflete de forma positiva, na continuidade de cuidados e transmite uma noção de acompanhamento e segurança ao Outro. Este método de trabalho permite uma melhor compreensão do Outro e das suas necessidades, e o estabelecimento de uma **relação empática** pela comunicação com a criança e jovem, tendo em conta a sua etapa de desenvolvimento.

Refletir sobre a “**Visibilidade no cuidado de enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?**” nesta fase final tornou-se essencial para avaliar a consecução dos objetivos neste relatório de estágio, razão pela qual se elaborou uma **apreciação reflexiva dos cuidados de enfermagem** que realmente queremos tornar visíveis, reportando situações específicas de cuidados (Apêndice X) (competências D1, D2). A análise reflexiva das práticas no cuidado emocional à criança com doença crônica funcionou, como processo facilitador do desenvolvimento de conhecimentos práticos, através da reflexão de experiências da prática diária. Importa salientar, porém, que o processo reflexivo é um desafio que exige um comprometimento para a mudança, coragem para expor situações contraditórias entre a prática e o desejável, capacidade de escrutinar situações conflituantes, destreza e imaginação para encontrar vias alternativas, conjugação entre os novos conceitos e a prática, apreciando o que esta devolve, ousadia para praticar diariamente o desejável, não esquecendo que aquilo que praticamos reflete o que somos.

Dada a lacuna identificada em relação à existência de métodos de avaliação do desenvolvimento infantil, construiu-se um instrumento de trabalho denominado **Caixa “Brincando ao Desenvolvimento”** que reúne material para avaliação do desenvolvimento infantil análogo ao utilizado na **Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada** (Apêndice XII). Toda a construção

da caixa, desde a escolha dos materiais adequados ao *design* estético da mesma foi pensado para facilitar a aceitabilidade e usabilidade da mesma pela equipa de enfermagem, bem como tornar a experiência da avaliação de desenvolvimento infantil agradável à criança (unidade de competência D2.2). A ilustração com motivos pediátricos propicia o mote para o diálogo e identificação com o “mundo da criança” quebrando a barreira entre o procedimento e a oportunidade de brincar. Adicionou-se a esta caixa um pequeno **Livro Ilustrado chamado de “Descobrimos as emoções”** que contém imagens facilitadoras do contacto da criança com as suas emoções, de forma a promover não só o conhecimento das mesmas, mas também a sua comunicação expressiva (Apêndice XII) (unidade de competências E3.3, E3.4).

Realizou-se uma pesquisa com os diversos elementos da equipa no sentido de **avaliar as necessidades formativas no âmbito do cuidado emocional**, pelo que após este diagnóstico situacional, entendeu-se pertinente construir um meio formativo adaptado à equipa sobre a temática, intitulado de “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica” (Apêndice XI) (unidade de competência D2.1). O produto da **realização** desta **ação de formação** tornou-se evidente pela análise da avaliação quantitativa da mesma, em termos de estrutura e conteúdo, monitorização, recursos materiais pedagógicos, organização e apreciação global, expressa em gráfico no Apêndice XI, em que se nota uma predominância do nível 4 de satisfação, em que o 5 significa o maior grau de satisfação. Foi ainda proposto aos enfermeiros da UNP que aceitassem o desafio de um **“Momento de Reflexão” acerca da ação de formação**, que alguns elementos abraçaram contribuindo para o mote de futuras formações nesta equipa. Neste “Momento de Reflexão” foi proposto aos enfermeiros que descrevessem a experiência emocionalmente intensa na UNP nos diferentes locais/momentos de cuidados. Da **análise do “Momento de Reflexão”**, resultaram testemunhos ímpares da experiência de cuidar, fundamentais para compreender e apreciar a essência do cuidar em enfermagem pediátrica que ficam narradas no apêndice XI.

Por último, destaco a elaboração de um **Dossier Temático** onde reunimos todo o suporte digital da ação de formação realizada e bibliografia complementar. Este tem como objetivo permitir o acesso fácil à consulta de documentos, permitindo que a equipa disponha de um meio de suporte à sua prática no cuidado emocional em pediatria. Pretende-se ainda a atualização sistemática dos conteúdos, quer de evidência

científica, quer de novas ações de formação, de forma a manter o interesse da equipa na temática.

Contribuiu-se, assim, para visibilidade do trabalho emocional na UNP ao explorar no eixo do foco: emoções, angústia da separação, medo, estigma associado à doença, luto pela perda de capacidades, sentimentos de impotência, comunicação, *stress* do prestador de cuidados e *stress* pela mudança de ambiente, entre tantos outros (ICN, 2014) (Anexo I). Enquanto EEESCJ, construíram-se diagnósticos de enfermagem com base avaliação dos comportamentos e conhecimentos da criança e família, para assim poder concretizar de intervenções que minimizem o impacto da hospitalização e das vivências de situações de doença crónica (OE, 2011a).

A caracterização do trabalho emocional desenvolvido na UNP, coincidiu com a terceira característica básica do trabalho emocional definida por Hochschild (1983, citado por Vilelas, 2013), em que a autora define que as fontes do trabalho emocional derivam de “programas de formação específicos para a profissão, normas de comportamento organizacional de trabalho e estereótipos sociais de comportamento para certas categorias profissionais”. Assim, compreende-se a necessidade de desenvolvimento da competência de formador com recurso ao trabalho emocional nos estágios desenvolvidos, com o sentido de se dar continuidade ao programa de ações de formação iniciado que visará a reelaboração e reconstrução da identidade profissional dos elementos da equipa com foco nas ferramentas do cuidado emocional.

No final deste percurso, destaca-se as principais características do cuidado emocional em pediatria apreciadas: o cuidar holístico, a disponibilidade para o Outro, o envolvimento, os afetos e compaixão, o saber estar, ouvir e comunicar, a relação terapêutica e a parceria de cuidados. No que concerne às estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa, destacam-se:

a) RN - o uso de medidas de contenção e redução da estimulação, sucção nutritiva e não nutritiva, conforto, afeto e a relação precoce;

b) Lactente e *toddler* - a brincadeira e os jogos, assim como a presença de pessoas significativas;

c) Pré-escolar e escolar - o brincar, a pintura e leitura, o manuseio de material hospitalar na preparação para procedimentos, esclarecer dúvidas, criar oportunidades de falar sobre os medos, reforço positivo, o estabelecimento de programas de preparação para procedimentos;

d) Adolescente - permitir a comunicação expressiva, não interromper quando está a falar, evitar comentários e expressões de reprovação, reforço positivo, adaptar a linguagem, proporcionar o acesso às novas tecnologias e o estabelecimento de programas de preparação para procedimentos.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a OE (2011b) “**enfermeiro especialista** é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade”, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”, o que requer que demonstre “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)” (OE, 2011b). Neste sentido, o EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

Entende-se por **competências comuns**, aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” e por **competências específicas**, as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2011b, p.8649).

Existem ainda as **competências acrescidas** que se caracterizam por permitir “responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas” (OE, 2011b, p.8649).

As competências estão organizadas consoante o domínio de competência, isto é, de acordo com a sua esfera de ação, para que se delineie uma linha condutora semelhante entre um conjunto de competências (OE, 2011b, p.8649). No caso das competências comuns estão definidos cinco domínios: responsabilidade profissional, ética e legal,

melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Cada uma das competências contém várias unidades de competência, que se entendem por “segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (OE, 2011b, p.8649).

Assim, importa refletir sobre o que é de facto uma competência e o que será uma resposta competente. No **processo de aquisição de competências** o enfermeiro modifica e reflete sobre a sua ação tendo em conta a melhor evidência científica, adaptando o seu modo de cuidar aos padrões de qualidade esperados. A interpretação que o mesmo elabora sobre uma determinada competência definida no regulamento de competências comuns e específicas do EE, determina a forma como irá atuar perante um problema identificado. Admite-se assim, que o processo de aquisição de competências é um **processo cíclico de autorreflexão do cuidar**, em que os padrões de qualidade individuais se vão alterando à medida que o enfermeiro se constrói enquanto profissional. Uma resposta competente será individualizada, por forma a responder às situações específicas e desafios que surjam. Entende-se que estas **respostas competentes** não serão iguais face a situações semelhantes, quer porque as necessidades de cada criança e família são diferentes, quer pela evolução dos conhecimentos do enfermeiro. A constante atualização é essencial para a manutenção da competência adquirida, encarando-se desta forma este percurso como o primeiro passo para a aquisição de competências de EE, havendo ainda muito mais a aprender ao longo do tempo.

Ajudando à compreensão e escrutínio de cada uma das competências, estão definidos critérios de avaliação, que “compreendem a lista integrada dos aspetos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando -se com o alcance descrito” (OE, 2011b, p.8649).

A aquisição de competências de EEESJ é um processo de aprendizagem repleto de transformações contínuas de criar e recriar (Kolb, 1984) (Anexo II). O EE deve

assim abrir-se à extensão de conhecimentos que o ambiente lhe transmite, reforçando-os com **recurso à investigação**, de forma a melhorar a qualidade da prática de cuidados especializados à criança e família.

A ascensão no nível de **julgamento clínico** para a tomada de decisão em enfermagem, desde uma simples forma de dar resposta a problemas do quotidiano da prática de cuidados, como numa ação para a resolução de problemas, ao conhecimento dos fatores que o influenciam, conseguindo assim ter a total consciência da complexidade do processo. Reconhece-se assim que, o julgamento clínico, nem sempre é tão claro quanto desejável, pois é influenciado pelas constantes interrupções, distrações e contratempos que ocorrem ao longo de um turno, e que direta ou indiretamente acabam por afetar todas as decisões que tomamos pelas quais somos responsáveis. Constata-se ainda que a avaliação do julgamento clínico responde a mais questões do que apenas à avaliação das intervenções de enfermagem.

A experiência obtida nos diferentes contextos de estágio ajudou na **preparação para a mudança**, que o EE deve dominar, sendo capaz de se adaptar de forma mais imediata aos diferentes contextos. Pensar reflexivamente sobre situações complexas da prática de cuidados nos diferentes contextos ajudou-nos a aprender com a experiência e a desenvolver o nosso julgamento clínico. O rápido entendimento e significado atribuído aos contextos influencia positivamente a nossa capacidade de raciocínio clínico, melhorando desta forma o cuidado por nós prestado.

No domínio do cuidado emocional à criança com doença crónica, a atribuição de uma conotação negativa às experiências emocionalmente intensas, o sofrimento dos familiares, o afastamento da criança das suas atividades de vida e a perda de independência são questões difíceis de gerir, pelo que a **capacidade de regular a disposição emocional para cuidar** torna-se fundamental. O grau de conhecimento sobre a criança e família é um dos componentes fundamentais para o julgamento clínico, só desta forma poderemos melhorar a sua experiência de transição. Comprometemo-nos desta forma ao desenvolvimento de um **processo de parceria** considerando **cuidados individualizados e culturalmente competentes**.

A capacidade do EE de **autorregular a disposição emocional para cuidar**, diferencia-o, tornando-o mais tenaz na sua identidade profissional, permitindo-lhe

evitar o sofrimento emocional (Diogo, 2015) (Anexo III). Desenvolveram-se neste sentido atividades que permitiram a partilha e análise de experiências do Outro como fonte de conhecimento.

O **reconhecimento de forma antecipada das necessidades de cuidados** facilita a implementação de intervenções de natureza não reativa, melhorando assim os padrões de resposta adotados pela criança e família. Estes padrões em constante mutação pelas transições de desenvolvimento e de saúde-doença, no caso específico da criança com doença crónica são suficientes para perceber a dimensão da complexidade do cuidar, à qual nos propomos responder enquanto EE. Neste sentido, sentimos como essencial, a **valorização dos pequenos gestos de cuidar**, que pela sua simplicidade e sinceridade conquistam a nosso ver um lugar de destaque. Estes pequenos gestos proporcionam sorrisos, desabafos e brincadeiras, permitem-nos diferenciar a nossa atuação naquilo que entendemos ser a visão que o nosso objeto de cuidados tem sobre nós, revelando-lhe o nosso **verdadeiro ser profissional, o nosso conceito de enfermagem**.

Neste processo foi fundamental o recurso a diversos documentos para fundamentar as práticas e solidificar a aquisição de competências, e por isso não poderíamos deixar de destacar o **Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**, a Convenção dos Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada. Procura-se, com estes, o suporte da tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas. O primeiro surge como uma referência para a prática de cuidados especializada de modo a promover a qualidade dos cuidados quer pela reflexão das práticas, quer pelo incentivo para a melhoria dos cuidados, tendo em conta as tendências atuais em pediatria⁵ (OE, 2011a). A **Convenção dos Direitos das Crianças** reitera que a criança, “para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão”, assim como todas as decisões que lhe digam respeito, devem ter plenamente em conta o seu interesse superior. Destaco, desta o artigo 3 que refere que “o Estado deve garantir à criança cuidados adequados quando os pais, ou outras pessoas responsáveis por ela não tenham capacidade para o fazer” (UNICEF, 1989). E por fim, a **Carta da Criança Hospitalizada** que destaca direitos fundamentais da criança que

⁵ “a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida (...); a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde”(OE, 2011a, p. 11).

devem ser divulgados permitindo uma maior consciencialização dos mesmos na prática de cuidados (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Destaca-se o direito de permanência da figura de referência da criança junto da mesma qual quer que seja o seu estado de saúde, bem como o direito de participação ativa nos cuidados à criança (IAC, 2008). Reconhece ainda que, em ambiente hospitalar devem ser reduzidas as agressões quer físicas quer emocionais, assim como, a minimização da dor, evitando qualquer tratamento ou intervenção que não seja necessário (IAC, 2008). No caso da hospitalização é fundamental a promoção da interação entre pares, e de atividades lúdicas e recreativas adequadas à idade de forma a proporcionar o conforto, mantendo um ambiente securizante (IAC, 2008). O empenho e preocupação, de todos os profissionais envolvidos nos cuidados, pelas necessidades da criança e família deve ter em conta todas as suas dimensões, não descurando a dimensão psicológica e emocional (IAC, 2008).

5. PROJETOS FUTUROS

Como forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido, pretende-se insistir na apresentação formal e informal de conteúdos relacionados com a (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica à equipa multidisciplinar na UNP, tentando desta forma responder às questões deixadas em aberto no momento de reflexão da Formação III “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”, no apêndice XI. Pretende-se assim estabelecer um **plano anual de formação periódica**, cujos objetivos serão delineados consoante as necessidades formativas identificadas nos formandos.

Fica em aberto a possibilidade de **construção de um algoritmo de atuação do cuidado emocional à criança com doença crónica**, adaptado ao contexto da UNP. A organização do algoritmo por faixas etárias, infelizmente não nos facultou as informações necessárias ao cuidar neste contexto tão particular, pelo que houve necessidade de repensar o projeto inicial. Os atrasos de desenvolvimento no contexto da doença crónica renal são bastante comuns, pelo que para já, pensamos que a sua organização tendo em conta as transições familiares será mais adequada. Este novo projeto de construção do algoritmo terá como função guiar o enfermeiro nas diversas dimensões do cuidado emocional à criança e família facilitando as suas transições saudáveis. Na futura construção do algoritmo propõe-se o estabelecimento de metas a três tempos, sendo o primeiro destinado à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) do algoritmo de atuação, seguida da aplicação do mesmo numa situação específica, e por fim a avaliação, reformulação e aplicação concreta/aplicação periódica.

Perspetiva-se ainda a pertinência de uma **checklist do acolhimento da criança e família** à unidade, tendo por base as Componentes do Processo de Uso Terapêutico das Emoções de Diogo (2015) (Anexo III). Esta checklist assentaria na hipótese levantada de que quantos mais itens fossem selecionados melhor o acolhimento à criança e família. Os itens seriam organizados de acordo com as categorias Major “Promover um ambiente seguro e afetoso”, “Nutrir os cuidados com afeto”, “Construir estabilidade na relação” e “Gerir as emoções dos clientes” de Diogo (2015). A esta proposta colocam-se vários obstáculos iniciais, entre eles a incerteza da aplicação da checklist do

acolhimento da criança e família direcionada para a avaliação da qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro, servindo como instrumento pessoal do enfermeiro, avaliando o seu desempenho na sua prática de cuidados, promovendo a autoavaliação e heteroavaliação das competências adquiridas no âmbito do cuidado emocional em pediatria, ou como parte integrante do processo da criança devendo para isso ser atualizado oportunamente ao longo da hospitalização, de forma a fomentar a continuação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

Estes três novos projetos apresentados surgem como projetos futuros pelo misto de atividades e brevidade do processo de aquisição de competências exigido para a conclusão deste relatório de estágio, porém ficam aqui as sementes para novos projetos que certamente a seu tempo poderão florescer.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de aquisição de competências de EEESCIJ, que se reflete neste relatório, envolveu uma constante adaptação aos novos desafios da Enfermagem de Saúde Infantil. Encararam-se assim estas aprendizagens como uma simbiose, em que nos envolvemos com os diferentes contextos, práticas de cuidados, enfermeiros, e com todos os que se cruzaram connosco ao longo deste percurso, com o intuito de crescermos enquanto pessoa e profissional.

Procurou-se entender a experiência emocional da criança com doença crónica, de forma a desenvolver estratégias facilitadoras do cuidado à criança e família, numa perspetiva holística. Reconhecem-se agora mais claramente os tipos e padrões de transição como essenciais na abordagem à criança e família, onde as competências emocionais se destacam.

Incorporaram-se as mudanças no comportamento, e intervenção face aos problemas de enfermagem, com influência direta no crescimento da identidade profissional, no papel a desempenhar no cuidado emocional à criança com doença crónica.

Reconhece-se a criança como o produto resultante de um equilíbrio entre os modelos das gerações anteriores, sendo influenciada pelos sistemas que a envolvem (família, casa, escola, amigos). No caso da criança com doença crónica, há que valorizar o impacto que os profissionais de saúde e as instituições têm, visto que essência da criança reside no mundo que a rodeia.

As necessidades da criança com doença crónica alteram-se assim constantemente face aos desafios específicos da doença e ao ciclo de vida da criança e família, pelo que embora se reconheça que o cuidado emocional não responda de forma individual aos problemas diagnosticados, sabe-se que existe uma vantagem significativa no seu uso em conjunto com outras intervenções de enfermagem.

Sabe-se que pensar no trabalho emocional em enfermagem não se reflete de forma imediata apenas pela análise reflexiva das realidades de estágio, no entanto a compreensão em profundidade da perspetiva real dos enfermeiros sobre o seu entendimento do conceito, fez-nos (re) pensar como cada um inclui a dimensão emocional no seu cuidar e como a partilha de experiências poderá ser

surpreendentemente rica. Reforçou-se desta forma, a crença de que os enfermeiros recorrem frequentemente a ferramentas do cuidado emocional em pediatria, e que o despertar para a sua utilização intencional com um intuito terapêutico aumentou à medida que tentámos incorporar o uso consciente do conceito na melhoria da qualidade de cuidados.

Este processo de aquisição de competências considera-se iniciado, e não terminado. Será assim, a partir de agora, metaforicamente semelhante a uma onda senoidal, que em vez de caminhar em torno do eixo horizontal, caminhará ao longo de uma função linear crescente, simbolizando os contratempos e (re)reflexões ao longo da construção da identidade de EEESCJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bondas, T., Eriksson, K., & Karkkainen, O. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123–132.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2º ed.). Lusociência.
- Coyne, I. (2006). The “good” family syndrome: social and cultural issues in community and family health. *Contemporary Nurse*, 23(2), 154–6.
- Coyne, I., O’Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O’Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561–73. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x
- Damásio, A. (2003). *Emoção e sentimento*. In *O sentimento de si. O corpo e a emoção e a neurobiologia da consciência*. (14º Edição). Europa América.
- DGS. (2012). *Natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2008/2012*. Lisboa.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante - o trabalho emocional em enfermagem. In *Trabalho apresentado em IV Congresso Internacional ASPESM - Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp. 147–160). Coimbra: E-book.
- Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (pp. 401–416). Gráfica de Coimbra.

- Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança* (1º ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–43.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar Neste Mundo*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG – Enfermagem da criança e do adolescente* (9º ed.). Loures: Lusociência.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–61.
- International Council of Nurses (2014). *CIPE® Versão 2011 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (Edição Por). Ordem dos Enfermeiros.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2011). *Advancing the practice of patient-and family-centered care: how to get started*. Retrieved from http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada*. Lisboa. Retrieved from http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Jackson, K., Ternestedt, B., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120–129.
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164–70. doi:10.1016/j.pedn.2008.03.010

- Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*, 17(8). doi:10.1186/s12910-016-0091-7
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). El pensamiento enfermero (3º ed.). Barcelona: Masson: Elsevier España.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Inc.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297–305. doi:10.1007/s10995-011-0751-7
- Lim, J. Y. (1997). Effect of supportive care and infant care information on the perceived stress level and health status of mothers of premature infants. Seoul: Yonsei University.
- Lopes, M. J., & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, 4(XVI), 655–665.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2006). *Chronic Illness: impact and interventions* (6o edição). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal Of Palliative Care*, 14(1), 45–50.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mestrinho, M. de G. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Em Enfermagem*, 16(1), 02–30.

- Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, Pub. L. N.º. Diário da República: 1.ª série, N.º 151 (2013). Retrieved from www.dre.pt
- Mun, J. H. (2000). *The lived experience of mothers whose first baby is premature*. Seoul: Yonsei University.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª Série, 35, 8648–8654.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário Da República, 2ª Série, 35, 8653–8656.
- Paiva e Silva, A. (2007). “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159–168.
- Rodnes, S. (n.d.). Pam Smith: Emotions to care. The University of Edimburgh. The University of Edinbrough. Retrieved from <http://www.nutshell-videos.ed.ac.uk/pam-smith-emotions-to-care/>
- Saint-Exupéry, A. de. (2001). *O príncipezinho*. Editorial Presença.
- Sayers, K. L., & Vries, K. de. (2008). A concept development of “being sensitive” in nursing. *Nursing Ethics*, 15(3), 289–303. doi:10.1177/0969733007088355
- Scharfe, E. (2002). O desenvolvimento da expressão, do entendimento e da regulação emocional em bebês e crianças pequenas. In *Manual da inteligência emocional- Teoria e aplicações em casa, na escola e no trabalho* (pp. 185–197). Porto Alegre: Artmed Editora

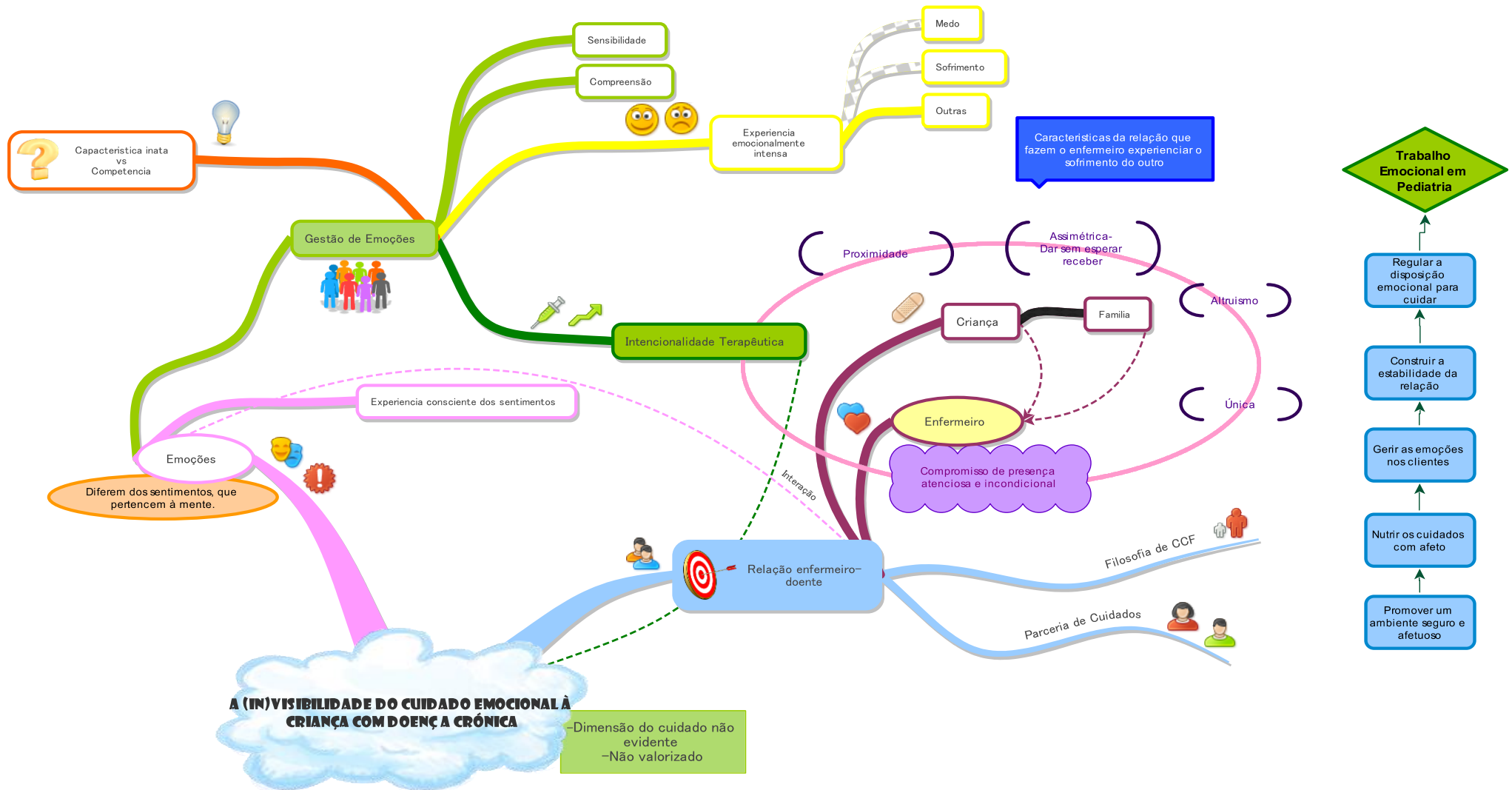
- Schön, D. A. (1987). Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions. *Engineering* (Vol. 1st). doi:10.1182/blood-2010-02-266338
- Shin, H. J. (2003). Maternal transition in mothers with high risk newborns. Seoul: Korea University.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Theofanidis, D. (2007). Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, 1(2), 1–9.
- UNICEF. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança, 54.
- Valentine, F., & Lowes, L. (2007). *Nursing Care of Children and Young People with Chronic Illness*. Wiley-Blackwell.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem : uma revisão do conceito. *Salutis Scientia*, 5(Março), 42–50.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Weaver, K. (2007). Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. *Nursing Ethics*, 14(2), 141–155. doi:10.1177/0969733007073694
- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 607–18. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x
- Williams, A. (2013). Hochschild (2003) - The managed heart: the recognition of emotional labour in public service work. *Nurse Education Today*, 33(1), 5–7.

Zeichner, K. M. A. (1993). A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas.
Lisboa: EDUCA.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa Conceptual

Mapa Conceptual



APÊNDICE II - Guia Orientador das Atividades de Estágio



5º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Guia orientador das Atividades de Estágio
A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com
doença crónica

Taís Regina Inocência Mendonça n.º 5467

Regente: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa, outubro de 2014

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
1. OBJETIVOS GERAIS.....	4
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E RESPETIVAS ATIVIDADES POR CAMPO DE ESTÁGIO	5
2.1. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	5
2.2. Serviço de Urgência Pediátrica	7
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	9
2.4. Serviço de Pediatria Médica - Unidade de Nefrologia Pediátrica.....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

NOTA INTRODUTÓRIA

O guia orientador das atividades de estágio surge no sentido de orientar o percurso da unidade curricular estágio com relatório, cuja finalidade assenta no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Num contexto de constantes transições de desenvolvimento, situacionais e organizacionais, os desafios que se colocam em Enfermagem são complexos e envolvem múltiplas dimensões do cuidar, neste sentido, as aprendizagens realizadas não se limitam apenas ao desafio de melhorar a qualidade do cuidado emocional, incidem igualmente sobre uma maior consciência de mim enquanto pessoa e profissional.

O tema da (in)visibilidade do cuidado emocional no cuidado à criança com doença crónica, surge naturalmente com a evolução e desenvolvimento de um corpo de conhecimento e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). O (re)pensar sobre o cuidar em pediatria abriu novos mundos e necessidades formativas, com especial destaque para o cuidado emocional na criança com doença crónica. O contexto prático está repleto de experiências emocionalmente intensas relacionadas com os internamentos sucessivos da criança com doença crónica, pelo que o contacto com outras realidades de cuidados em contexto de estágio será um contributo fundamental para reunir, refletir e reelaborar a minha experiência no cuidado emocional à criança e família.

A metodologia a adotar nos estágios consiste na reflexão sobre as práticas no cuidado emocional à criança e família, perspetivando uma reelaboração da prática de cuidado emocional em pediatria, reconstruindo os saberes preexistentes e confrontando-os com os novos desafios da prática. Esta lógica de pensamento reflexivo das aprendizagens experienciais nos diversos estágios será fundamental para este processo de desenvolvimento de competências específicas de EEESCJ, na medida em que só através dele podemos confrontar, comparar, ampliar e rever o conhecimento de carácter teórico (Pimentel, 2007). A aprendizagem experiencial em contexto de estágio pode desencadear processos cognitivos importantes para transferir o conhecimento para a prática, com vista à apreensão das novas realidades de cuidados à criança e família. Esta proximidade permitida pelos estágios, de um contacto próximo com realidades de

cuidados tão singulares regula uma nova organização da dimensão prática de enfermagem com o intuito de gerar novo conhecimento profissional (Mestrinho, 2012).

Os resultados expectáveis deste projeto visam um trabalho emocional mais explícito e visível pelo desenvolvimento de uma prática reflexiva, proporcionando aos enfermeiros as competências necessárias para gerir adequadamente as experiências emocionalmente intensas, de natureza perturbadora vivenciadas, em pediatria e ajudar na mobilização de estratégias de gestão emocional nos cuidados à criança e família (Diogo, 2015).

No primeiro contacto com os contextos de estágio pretende-se realizar a apresentação do projeto, bem como das atividades propostas. A apresentação do projeto será realizada em reunião formal com o orientador durante a primeira semana de estágio. Será prática comum a recetividade face a atividades propostas pelos orientadores, e caso haja necessidade a reelaboração de algumas atividades sem contudo alterar os objetivos específicos e competências que inicialmente me propus desenvolver.

Este guia será composto pelos objetivos gerais, objetivos específicos e respetivas atividades por campo de estágio.

1. OBJETIVOS GERAIS

As áreas de trabalho indispensáveis à consecução do estágio com relatório “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crônica”, designadas por atividades foram delineadas de acordo com os seus objetivos gerais, transversais ao percurso de desenvolvimento de competências de EEESCJ e de obtenção do grau de mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, 2013, p. 4760).

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESCJ no cuidar à criança e família nos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver competências de EE no cuidado emocional à criança e família, com foco nas necessidades da criança com doença crônica.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E RESPECTIVAS ATIVIDADES POR CAMPO DE ESTÁGIO

2.1. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Estágio desenvolvido em Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), planeado com a duração de 5 semanas no período compreendido entre 29 de setembro e 31 de outubro de 2014. Esta unidade pertence à área de abrangência do hospital onde exerço funções, desta forma, tendo em conta o projeto apresentado será esperado conseguir compreender melhor a articulação entre os CSP e hospitalares.

Nesta unidade desenvolvem-se Consultas de Saúde Infantil de segunda a sexta-feira, assim como vacinação infantil.

	Atividades	Objetivos Específicos e Metodologias	Competências
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<p>Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados dos serviços de saúde, através de entrevista ao Enf.º Chefe e consulta de documentos institucionais;</p> <p>Identificar as necessidades no cuidado emocional à criança do contexto de cuidados, pela observação participativa nos cuidados de enfermagem e entrevista ao Enf.º Chefe e Enf.º Orientador;</p> <p>Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão;</p> <p>Observar as práticas do cuidado emocional à criança e família, pela observação participante no acompanhamento do Enf.º Orientador;</p> <p>Avaliar o desenvolvimento infantil, de acordo com a escala de avaliação utilizada no contexto;</p> <p>Instigar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso ao trabalho emocional em enfermagem pediátrica;</p> <p>Instigar a promoção da aprendizagem relacional entre a equipa, pela partilha, discussão e reflexão sobre as práticas no âmbito regulação emocional para cuidar;</p> <p>Identificar diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, pela entrevista ao Enf.º Orientador e observação das práticas.</p>	<p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</p> <p>E3.1-Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.</p>

Formativas	Formação I: “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança nos cuidados de saúde primários”.	Identificar o fenómeno de interesse do relatório; Explorar os conceitos centrais do relatório; Expor a filosofia de cuidados e conceção da prática que sustentam o relatório; Sugerir atividades para minimizar o impacto da experiência emocionalmente intensa.	Estabelecimento de um plano estruturado para a reunião (objetivos gerais e específicos, duração, método e técnicas e avaliação); Pesquisa de evidência científica; Discussão com Enf.º Orientador.	D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.
	Reflexão sobre uma entrevista a um perito: gestão emocional para cuidar	Apreciar a experiência vivida do enfermeiro orientador na sua gestão emocional; Enriquecer a aprendizagem da gestão emocional do enfermeiro.	Início da entrevista com questões genéricas relativas às práticas de cuidados de forma introduzir gradualmente a temática da gestão emocional para cuidar.	D1-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D2-Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.
Reflexivas	Diário de Campo “Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”.	Revelar a perspetiva acerca do papel do acolhimento e fatores ambientais que o influenciam no recurso à consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica; Revelar a experiência na promoção da saúde nas consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.		

2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

Estágio desenvolvido num Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) de um Hospital Público-privado com duração prevista de 4 semanas, será realizado entre 3 a 28 de novembro de 2014. Hospital, recentemente acreditado pela *Joint Commission Internacional*, que se destaca pela sua preocupação com a humanização dos cuidados e na qualidade dos cuidados de saúde prestados, assegurando o respeito pela dignidade humana. As instalações do serviço de urgência recentes, adaptadas à especificidade da idade pediátrica, promovem um ambiente seguro e afetuoso à prática de cuidados à criança e família. Os cuidados à criança e família contam neste serviço com dois EEESCJ.

	Atividades	Objetivos Específicos e Metodologias		Competências
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<p>Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados dos serviços de saúde, através de entrevista ao Enf.º Chefe e consulta de documentos institucionais;</p> <p>Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão;</p> <p>Observar as práticas do cuidado emocional à criança e família pela observação participante no acompanhamento do Enf.º Orientador;</p> <p>Instigar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso ao trabalho emocional em enfermagem pediátrica;</p> <p>Instigar a promoção da aprendizagem relacional entre a equipa, pela partilha, discussão e reflexão sobre as práticas no âmbito regulação emocional para cuidar;</p> <p>Identificar diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, pela entrevista ao Enf.º Orientador e observação das práticas.</p>		<p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</p> <p>E2.1-Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados.</p>
	Formanda na sessão de formação denominada de “Cuidados não traumáticos”	<p>Reconhecer as práticas no acolhimento e formas de comunicação com a criança e família no serviço de urgência pediátrico;</p> <p>Explorar medidas não farmacológicas, no controlo da dor nos procedimentos invasivos consoante a etapa de desenvolvimento;</p> <p>Reconhecer práticas na preparação pré e pós cirúrgica em contexto de urgência.</p>		D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.
Forma	Formação II: “A (in)visibilidade do	Identificar o fenómeno de interesse do relatório;	Estabelecimento de um plano estruturado	

	cuidado emocional à criança no serviço de urgência pediátrica”.	Explorar dos conceitos centrais do relatório; Expor da filosofia de cuidados e conceção da prática que sustentam o relatório.	para a formação (objetivos gerais e específicos, duração, método e técnicas e avaliação).	
Reflexivas	Entrevista semiestruturada a perito: a gestão emocional no serviço de urgência.	Corroborar a existência de experiências emocionalmente intensas no serviço de urgência pediátrico; Identificar de necessidades no cuidado emocional à criança do contexto de cuidados; Identificar estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa.		D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; E.3.4.1 – Facilita a comunicação expressiva de emoções.

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Estágio elaborado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais num hospital da Grande Lisboa, escolhida pelos princípios estruturais baseados num quadro de permanente disponibilidade, dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orientando-se em função dos interesses dos recém-nascidos (RN), e suas famílias e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais. A duração prevista do estágio será de 4 semanas, no período compreendido entre 1 de dezembro de 2014 a 09 de janeiro de 2015. Neste serviço, a equipa de cuidados é composta por enfermeiros especialistas nas diversas áreas de especialização.

	Atividades	Objetivos Específicos e Metodologias	Competências
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<p>Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados dos serviços de saúde, através de entrevista ao Enf.º Chefe e consulta de documentos institucionais;</p> <p>Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançada, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão;</p> <p>Observar as práticas do cuidado emocional ao RN e família, pela observação participante no acompanhamento do Enf.º Orientador;</p> <p>Instigar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso ao trabalho emocional em enfermagem pediátrica;</p> <p>Instigar a promoção da aprendizagem relacional entre a equipa, pela partilha, discussão e reflexão sobre as práticas no âmbito regulação emocional para cuidar;</p> <p>Identificar diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, pela entrevista ao Enf.º Orientador e observação das práticas.</p>	<p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</p> <p>E3.2-Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.</p>
Formativas	Formanda no Curso: “Cuidar para o Desenvolvimento do prematuro na UCIN – que futuro?”.	<p>Identificação das práticas da unidade em relação aos cuidados de enfermagem ao prematuro promotores do desenvolvimento;</p> <p>Reflexão sobre o papel da Unidade de Apoio Móvel Domiciliar nos cuidados ao prematuro e sua família.</p>	D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Reflexivas	Elaboração de Jornal de Aprendizagem “Sentimentos ambíguos em relação à parentalidade na UCIN”.	Refletir sobre a ambiguidade de sentimentos no cuidador do prematuro; Refletir sobre a transição para a parentalidade na família do prematuro.	Recurso ao modelo de reflexão de Christopher Johns.	D1-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D2-Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4. Serviço de Pediatria Médica - Unidade de Nefrologia Pediátrica

Estágio num Serviço de Pediatria Médica, mais especificamente numa UNP, candidata a centro de referência nacional na Área da Transplantação Renal Pediátrica. Serviço extremamente rico nas suas valências, constituído por enfermaria, hospital de dia e visita domiciliária, a equipa que o constitui presta cuidados à criança com doença aguda e crónica renal, assim como a outras especialidades médico-cirúrgicas. A duração prevista do estágio será de 5 semanas, no período compreendido entre 12 de janeiro de 2015 a 13 de fevereiro de 2015. Atualmente conta com dois enfermeiros especialistas, um em Enfermagem de Reabilitação e outro em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

	Atividades	Objetivos Específicos e Metodologias	Competências
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<p>Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados dos serviços de saúde, através de entrevista ao Enf.º Chefe e consulta de documentos institucionais;</p> <p>Mobilizar recursos e conhecimentos na prestação de cuidados avançados, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão;</p> <p>Observar as práticas do cuidado emocional à criança e família, pela observação participante no acompanhamento do Enf.º Orientador;</p> <p>Avaliar o desenvolvimento infantil, de acordo com a escala de avaliação utilizada no contexto;</p> <p>Instigar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso ao trabalho emocional em enfermagem pediátrica;</p> <p>Instigar a promoção da aprendizagem relacional entre a equipa, pela partilha, discussão e reflexão sobre as práticas no âmbito regulação emocional para cuidar;</p> <p>Identificar diagnósticos de enfermagem no âmbito do cuidado emocional, pela entrevista ao Enf.º Orientador e observação das práticas.</p>	<p>A1-Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</p> <p>E.2.5-Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>

Formativas	Formação III: “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”.	Identificar o fenómeno de interesse do relatório; Explorar os conceitos centrais do relatório; Expor a filosofia de cuidados e conceção da prática que sustentam o relatório; Promover o conhecimento das emoções e a sua gestão, pela reflexão e formação no âmbito do trabalho emocional em pediatria; Promover o relacionamento interpessoal com recurso às emoções, pelo domínio do trabalho emocional em pediatria.	Estabelecimento de um plano estruturado para a reunião (objetivos gerais e específicos, duração, método e técnicas e avaliação).	D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; E.3.4.1-Facilita a comunicação expressiva de emoções.
	Partilha reflexiva de experiências e conhecimentos no cuidado emocional à criança com doença crónica “Momento de Reflexão”.	Identificar as emoções sentidas pelos profissionais no cuidar da criança hospitalizada, pela partilha das experiências de Cuidar; Identificar qual o impacto da situação de cuidados emocionalmente intensa vivenciada pelo profissional, pela partilha das experiências de Cuidar; Identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde, na situação de cuidados emocionalmente intensa;		
Reflexivas	Elaboração de um Dossier Temático “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”.	Identificar necessidades no cuidado emocional à criança do contexto de cuidados, pela observação participativa nos cuidados de enfermagem e entrevista ao Enf.º Chefe e Enf.º Orientador; Pesquisar evidência científica, no âmbito do cuidado emocional, adequada ao contexto de cuidados, com recurso a bases de dados científicas; Organizar documentos elaborados e pesquisa de acordo com as necessidades identificadas.		D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.
	Elaboração de Reflexão crítica: “Visibilidade no cuidado de enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?”.	Refletir sobre a visibilidade dos cuidados de enfermagem, em particular no cuidado emocional.	Recurso ao modelo de reflexão de Christopher Johns.	D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D2 - Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei n.º115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, Pub. L. N.º. Diário da República: 1.ª série, No 151 (2013). Retrieved from www.dre.pt

Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência.

Mestrinho, M. de G. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: transição para um novo profissionalismo docente. Pensar Em Enfermagem, 16(1), 02–30.

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. Estudos de Psicologia, 12(2), 159–168.

APÊNDICE III - Cronograma de Estágios

Cronograma de Estágios

Mês	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
Dias	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	5	12	19	26	2	9
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13
Estágios	Cuidados de Saúde Primários					Serviço de Urgência Pediátrica				Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais *			Férias de Natal	*	Unidade de Nefrologia Pediatrica				

**APÊNDICE IV - Reflexão sobre uma entrevista a um perito: Gestão
emocional para cuidar**

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
1. PLANO DA ENTREVISTA	3
2. REFLEXÃO SOBRE ENTREVISTA A PERITO	4
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. 7	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

REFLEXÃO SOBRE UMA ENTREVISTA A UM PERITO:

Gestão Emocional para Cuidar

NOTA INTRODUTÓRIA

A realidade da enfermagem em CSP sempre me foi distante enquanto profissional por trabalhar em meio hospitalar. A curiosidade e vontade de aprofundar conhecimentos nesta área foram constantes pelo que esta oportunidade de o realizar estágio na UCSP foram amplamente ricos. Para melhor caracterização da população, desta UCSP foram levantados dados em novembro de 2014, por pedido formal à direção da unidade, que revelam que a população inscrita com idade inferior a 18 anos representa 13% do número total de inscritos, sendo que 49% destas são do sexo feminino.

Tirar partido da experiência dos profissionais nesta área para otimizar a experiência pareceu-me fundamental, pelo que realizei uma entrevista semiestruturada a um EEESCJ que trabalha nesta área à cerca de 30 anos, de forma a perceber as dinâmicas e funcionamento da unidade destacando as questões relacionadas com o cuidado emocional à criança e família.

A consciência da delicadeza da esfera emocional de cada um de nós e a vulnerabilidade que sentimos ao partilhar as nossas emoções foi o ímpeto para que a entrevista não tenha sido gravada, preservando assim uma maior genuinidade nas respostas verbais e não-verbais que o constrangimento de um gravador poderia ter causado. Desta forma, não sendo possível transmitir de forma rigorosa o que foi dito pelo entrevistado, decidi reportar a entrevista de forma indireta. Aliei assim, não só aquilo que me foi possível retirar da experiência da prática de cuidados, mas também das inferências da linguagem não-verbal do entrevistado.

A entrevista ocorreu a 17 de outubro de 2014 com duração de 30 a 40min.

1. PLANO DA ENTREVISTA

A necessidade de realizar esta entrevista neste contexto, surgiu para colmatar as lacunas do saber observável, uma vez que só através da entrevista poderei tentar captar a essência da experiência do perito.

Para esta entrevista foram definidas questões previamente, que foram adaptadas ao longo da mesma de forma a explorar convenientemente a gestão emocional para cuidar. Começaram-se com perguntas gerais em relação à caracterização da UCSP, de forma a criar empatia com o entrevistado para que se conseguisse escalar a profundidade da entrevista até à esfera emocional sem causar constrangimentos. Foram delineadas questões o mais abrangentes possível para estimular o fluir do pensamento do entrevistado.

As questões inicialmente desenhadas foram as seguintes:

- *Como caracteriza a população inscrita nesta UCSP?*
- *Como identifica as necessidades de cuidados na mesma?*
- *Como melhorar as consultas de enfermagem de saúde infantil, destacando os pontos fracos e fortes?*
- *Como gere as experiências emocionalmente intensas no ato de cuidar?*
- *Teve alguma situação de cuidados que o preocupou ou que teve dificuldade em gerir?*

2. REFLEXÃO SOBRE ENTREVISTA A PERITO

As consultas de saúde infantil são realizadas de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), realizando-se frequentemente exames de saúde oportunistas, de forma a reduzir as deslocações e aumentar a adesão à promoção da saúde e prevenção da doença. Esta flexibilização permite adequar a calendarização das consultas aos acontecimentos de vida de cada família em particular, quer a nível físico, motor, cognitivo e social. (Direção-Geral de Saúde, 2013). Nestas consultas a interligação da equipa é fundamental na abordagem holística da criança e família, sendo os encaminhamentos comumente realizados, para Consultas de Desenvolvimento, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Terapia da fala.

A ligação à Saúde Escolar é dinamizada nas idades oportunas em cada consulta através da ficha de ligação escolar onde são sinalizadas questões relacionadas com a alimentação, higiene corporal e oral, desenvolvimento estado-ponderal, comportamento, acuidade visual e auditiva, entre outros. Através da Equipa de Saúde Escolar é possível organizar visita domiciliária a crianças em risco, estabelecendo assim um contacto mais próximo com a criança e família, providenciando os meios humanos e técnicos necessários à satisfação das suas necessidades, diminuindo o número de deslocações à UCSP.

A falta de recursos humanos transversal a tantas áreas também se faz sentir nesta unidade onde o número de enfermeiros é insuficiente para dar a resposta necessária à criança e família. A equipa de enfermagem desdobra-se em esforços para que sejam minimizados os seus efeitos nos cuidados prestados, porém este facto dificulta a estruturação e planeamento adequado das consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O tempo escasso é dinamizado da melhor forma, ficando por vezes alguns ensinamentos realizados demasiado rápido, para que sejam validados adequadamente e os registos sintetizados ficando importantes informações retidas na memória (que mesmo com muita experiência e conhecimento das famílias se desvanece com o tempo e perde-se). É reconhecida pela chefia a necessidade de enfermeiros peritos e especialistas de forma a melhorar os cuidados antecipatórios e promover a saúde.

Numa profissão em que estamos constantemente em contacto com situações emocionalmente intensas, e em que ainda não existe um conhecimento amplamente divulgado sobre como as gerir, denota-se um claro constrangimento quando se colocam questões relacionadas com as suas experiências emocionais. A estranheza com que são recebidas as perguntas faz-me pensar na nossa capacidade de ignorar as emoções ou melhor na nossa incapacidade de as gerir. Permitir a expressão das emoções e proporcionar o envolvimento dos pais nos cuidados, é a resposta quase imediata à minha questão. A relação de proximidade com a criança e família é notória, até mesmo eu nas cinco semanas de estágio o senti, pelas visitas frequentes da família à unidade. Os gabinetes que outrora achava tristes com paredes despidas e brinquedos guardados junto à janela eram espaços que continham muitas histórias, nem todas elas felizes. Desabafos sobre os conflitos familiares, carências económicas e até revoltas com a demora no atendimento são constantes no dia-a-dia do enfermeiro. Exemplifica contando casos de recusa do cumprimento do plano nacional de vacinação e exames auxiliares de diagnóstico, revela que por vezes deixa de saber o que fazer, pelo dilema entre aquilo que julga ser o mais acertado e o respeito pelas crenças e decisões do Outro quando devidamente informados. Neste dilema vence o respeito pela decisão do Outro ressaltando sempre a tomada de decisão informada no caminho da promoção da saúde. Por mais que lhe surjam conflitos destes ainda não se sente preparada para a resolução destas problemáticas pela sua natureza complexa.

A dificuldade em gerir as próprias emoções e as do Outro entra em destaque ao explorar as experiências emocionalmente intensas vivenciadas ao longo dos anos. Diferencia a sua capacidade de resposta atual daquela que revelava no início da carreira, em que mais facilmente ia para casa a repensar soluções para os desafios que lhe eram colocados para os quais não parecia encontrar resposta. Os casos que mais o marcaram foram situações de crianças em risco com famílias disfuncionais, pelas dificuldades em articular com sucesso recursos suficientes para fazer face às necessidades identificadas. À medida que decorria a entrevista recordava as situações, e as pausas no seu discurso tornavam-se cada vez maiores, como em introspeção, exibindo um olhar triste e vago, lamentando terem sido demasiadas as situações emocionalmente conflituosas do que aquelas que desejaria. Revela que numa tentativa de se abstrair destas, recorre a técnicas de distração em casa, estabelecendo desta forma uma fronteira em que tenta separar a pessoa do enfermeiro, mas nem sempre era fácil. Admite que as sugestões de reuniões

de partilha em equipa para discutir formas gestão de emocional que propus, seriam uma ajuda valiosa para o bem-estar e estabilidade emocional dos profissionais que assim conseguiriam estar ainda mais disponíveis para Cuidar.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Face à natureza do conteúdo da entrevista, embora se tenha pedido autorização para a divulgação do conteúdo, senti necessidade de reportar a entrevista de forma indireta, por não conseguir transmitir sem margem de erro o saber que me foi transmitido. Garanto assim, que será apenas a minha visão sobre o que me foi transmitido que ficará descrito.

Esta atividade permitiu aprofundar a **técnica da entrevista**, como promotora da auto e heteroreflexão sobre as práticas em contexto de trabalho no contexto da saúde infantil e pediatria. Consigo no final perspetivar os constrangimentos antecipados e os que se colocaram realmente, e estabelecer um novo patamar no caminho do conhecimento na regulação emocional para cuidar. Durante a entrevista senti que a minha posição enquanto aluno, pode causar uma certa inibição em partilhar não só as nossas emoções mas principalmente o que pensamos sobre elas.

Ouso pensar que plantei a semente da **reflexão quer individual quer em grupo** no sentido de atenuar as vivências no cuidar repletas de carga emocional. A partilha de grupo promove a coesão da equipa, ajudando a que cada um reconheça no Outro as similaridades nas suas forças/fraquezas na **resolução de problemas** servindo de suporte para o crescimento e desenvolvimento do mesmo (Guerra, Lima, & Torres, 2014).

Projeta-se assim que o conhecimento proveniente desta atividade como uma das bases fundamental para o início desta caminhada. O EEESCJ deve **promover a comunicação expressiva das emoções, desenvolver a sua capacidade de escuta e autoconfiança** no âmbito do cuidado emocional, de forma a **maximizar a saúde na assistência à criança e jovem**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
Direção Geral de Saúde. Portugal: Direção-Geral de Saúde.
- Guerra, M., Lima, L., & Torres, S. (2014). Intervir em grupos na saúde (2º Revista).
Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE V - Diário de Campo - Consulta de Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
1. O ACOLHIMENTO E INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.	3
2. A EXPERIÊNCIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	5
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

DIÁRIO DE CAMPO

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NOTA INTRODUTÓRIA

Neste início do percurso de aprendizagem num contexto de cuidados pouco familiar foi um período de descobertas e reaprendizagens do cuidar em enfermagem. Os CSP são o pilar do Serviço Nacional de Saúde na promoção da saúde e prevenção da doença. A saúde infantil toma particular relevância pelas transições constantes da criança e família à medida que se promove o desenvolvimento infantil. Estas transições são percecionadas não só tendo em vista a criança mas uma filosofia de cuidados centrados na família (CCF). Esta filosofia encoraja a parceria com os pais potencializando os seus saberes tendo em vista o bem-estar da criança. Nela são centrais dois conceitos, a capacitação e empoderamento, ou seja, o recurso ao uso de capacidades e competências da família bem como ao desenvolvimento de novas, e o reconhecimento da mudança de comportamentos como potenciador de forças internas, respetivamente (Hockenberry & Wilson, 2014).

A integração e acolhimento na UCSP foi facilitada pelos profissionais que nela desenvolvem o seu trabalho que se demonstraram disponíveis para me receber, transmitir e refletir sobre as práticas de cuidados em enfermagem.

1. O ACOLHIMENTO E INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.

As consultas de saúde infantil são preferencialmente marcadas de modo a estabelecer um planeamento e preparação adequada para as mesmas, verificando a disponibilidade do material de apoio à consulta, e preparação do ambiente para receber a família.

Percebi que o acolhimento das famílias na sala de enfermagem e a apresentação dos profissionais envolvidos na consulta de saúde infantil, permite que a criança e os pais de sintam mais seguros e disponíveis aos cuidados de enfermagem. A adaptação ao espaço físico requer algum tempo, para que tanto a criança como a família se familiarizem com um ambiente estranho e seus agentes estressores. Existe nesta UCSP um ambiente físico que facilita a promoção de um ambiente seguro e afetuoso pelas paredes decoradas com motivos pediátricos, brinquedos acessíveis às crianças e uma sala de espera com parque infantil. À chegada à consulta algumas crianças demonstravam um olhar apreensivo face ao desconhecido e rapidamente iniciavam a exploração da sala localizando quase de forma imediata os locais dos brinquedos, ignorando por vezes o "Bom dia, (nome da criança). Alguns pais retorquiam, "Olha que a Sr.º Enfermeiro está a falar contigo, presta atenção!". O brincar proporciona aqui uma primeira fase do contacto entre a criança e enfermeiro e muitas vezes é determinante para a colaboração da mesma ao longo da consulta de saúde infantil. A observação da criança nesta fase inicial da consulta dá-nos indicadores importantes, para a conduzir atendendo à individualidade da criança. A família tem um papel de destaque porque é ela que melhor conhece a criança em todas as suas dimensões, e que muitas vezes pode ajudar a estabelecer o elo de confiança necessário para esta promoção de um ambiente seguro e afetuoso.

O uso das novas tecnologias na saúde permite um melhor tratamento e sistematização dos dados, no entanto, estas por vezes transformam-se em barreiras comunicacionais, pela distância que se estabelece quando se está atrás de um ecrã. A quebra do contacto visual dificulta a demonstração de comprometimento face às necessidades da criança e família.

O ambiente da consulta deve ser promotor de paz e tranquilidade, livre tanto quanto possível de ruídos externos, permitindo desta forma também ao enfermeiro explorar as vocalizações da criança e as suas expressões emocionais de forma clara e subtil, sem elementos distrativos.

2. A EXPERIÊNCIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A experiência na educação e promoção para a saúde no âmbito das consultas de saúde infantil é fundamental para a aquisição de competências de EEESCJ, pelo que é necessário estruturar os conhecimentos que sirvam de ponto de partida para esta jornada.

Na primeira infância a promoção da saúde dirige-se aos pais/cuidador da criança. A transição para a parentalidade representa um novo desafio à família, que terá agora a responsabilidade pelo crescimento e desenvolvimento saudável da criança. As visitas à UCSP passam a ser semanais para acompanhar o início desta transição, bem como para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. A dinâmica familiar terá que ser redirecionada para a aquisição de padrões de comportamento promotores de saúde. A promoção da saúde adquire um papel fundamental na medida em que prepara para a ação, antecipando dificuldades e acidentes comuns. Os cuidados antecipatórios diferenciados, consoante as necessidades identificadas na família, podem focar-se numa fase inicial na aquisição de hábitos e rotinas de alimentação, sono e repouso, eliminação e cuidados de higiene e conforto. Guiar os pais nesta aprendizagem dos horários de sono, progressão alimentar, introdução de alimentos e prevenção de acidentes. Estimular a vinculação sem prejuízo para a autonomia da criança (dormir no seu quarto, receber atenção exagerada...)(Barros, 2003). Uma avaliação sumária do comportamento de vínculo pode consistir na observação da interação da mãe com a criança ao longo da consulta de enfermagem. Observação da posição adotada no cuidar, idealmente a face a face, de forma a estimular o contacto visual entre a criança e a mãe. A iniciativa e o à vontade demonstrado no ato de despir, revela-nos se existem dificuldades no tocar, segurar ou até trocar uma fralda. Observação de sorrisos e beijos transmitindo o afeto, gestos de carinho como aninhar e proteger no colo. Observação das técnicas de conforto utilizadas pelos pais, ao longo da realização do exame físico ao recém-nascido. Apesar destas observações nos serem valiosas, há que ter em conta a complexidade do processo de vinculação pelo que a avaliação do comportamento de vínculo não poderá passar só por observações. Esta exige para além da proximidade, uma reciprocidade e comprometimento. A reciprocidade, conceito estudado por Brazleton (1974, citado por

Hockenberry & Wilson, 2014), é fundamental para um vínculo seguro e diz respeito à resposta do recém-nascido aos estímulos da mãe.

As mães e bebês vinham na sua maioria acompanhadas às consultas no primeiro mês, quer pelo companheiro, mãe ou sogra, este apoio familiar parecia ser securizante para a mãe e conseqüentemente para o bebê.

A diversidade de estruturas e culturas familiares que recorreram à UCSP durante o período de estágio, permitiu-me abrir o leque do certo e errado, levando-me a intensificar a necessidade de cuidados culturalmente competentes. Este conceito é definido como “os atos ou as decisões assistenciais apoiadas, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida (...), visando proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório” (George, 2000). Acomodamo-nos àquilo que apelidamos como “boas famílias” que são aquelas que se comportam adequadamente e que concordam sempre com os tratamentos, porém a heterogeneidade obriga-nos a repensar os cuidados e saber perspetivar o meu próprio quadro de referência e cultura (Coyne, 2006). O respeito pela diversidade é fundamental na nossa atuação, se queremos conseguir alcançar realmente uma comunidade, pelo que estar disposta a discutir formas alternativas às ditas tradicionais com os cuidadores é fundamental. Pensando em casos mais concretos recordo uma família para a qual o uso de produtos naturais se tornara complicado, pois desconheciam se as alternativas que utilizavam eram seguras para a criança. Para realizar esta validação necessitei de me atualizar e discutir as melhores soluções de banho e hidratação da pele do bebê e até vantagens e desvantagens de fraldas de pano face às descartáveis. Desmistifiquei alguns dos meus próprios preconceitos e enriqueci com estas partilhas.

Em idade pré-escolar, os acidentes e perigos ambientais são uma preocupação maior, na medida que perceção da criança face ao perigo ainda não é autónoma, portanto cabe aos pais a evicção dos mesmos (Barros, 2003). A criança adota nesta fase comportamentos para agradar a figura de autoridade, pelo que os hábitos alimentares e de higiene, se relacionam com o meio em que está inserida. Reforça-se a necessidade de evitar os perigos à criança, no entanto com a ressalva de que conhece-los e ser capaz de se proteger são etapas diferenciadas, e que eles ainda não estão preparados para a autoproteção. Inicia-se a aprendizagem da distinção de sensações como por exemplo

fome, apetite, frio, calor, cansaço, tristeza e medo. Os adultos devem ser lembrados das consequências das suas opções educacionais, a médio e longo prazo, na medida em que nesta fase são responsáveis pela modelação de atitudes e comportamentos das crianças. Desta forma os comportamentos da criança promotores de saúde podem ser reforçados com ideias positivas e sensações de bem-estar (Barros, 2003).

A idade escolar destaca-se pelo relevo dado aos pares, sem contudo diminuir a influência das figuras de respeito, como os pais e educadores no dia-a-dia da criança. As atividades de grupo com os pares, o sucesso e comparação de desempenho nas mesmas assume uma nova dimensão no mundo da criança. Destaca-se a crescente procura de autonomia e responsabilização pelos comportamentos de saúde e pela aprendizagem de rotinas e hábitos saudáveis. Existe uma maior compreensão do corpo humano e seu funcionamento, pelo que já é aceitável a ideia estar um pouco doente, face à antítese saúde-doença demonstrada na fase anterior. A esta compreensão alia-se a percepção de controlo pela sua saúde e gostar do reconhecimento pelos profissionais de saúde do esforço realizado em, por exemplo, fazer mais exercício e alimentar-se melhor. Fortalecer a relação parcial entre o bem-estar e estar saudável e os comportamentos adotados e/ou a adotar pela criança. Para cativar a sua atenção as técnicas de ensino e reforço podem ser realizadas sob a forma de experiências e jogos (Barros, 2003).

Um pai que acompanhava o filho numa das consultas questionado sobre as dificuldades ou desafios que estava a ser a entrada para a escola, respondia quase que sem pensar “Está tudo a correr bem Sr. Enfermeiro na escola, em casa é que é complicado”. Em casa, referia que o filho parecia desmotivado na elaboração das atividades propostas pela professora, que realizava sem aparente dificuldade, obtendo sucesso escolar. Referia que achava que demonstrava ainda algumas inseguranças ou medos quando estava sozinho que começava a achar estranho. Coube neste sentido realizar a avaliação do ambiente familiar e perceber como este estaria a influenciar os comportamentos alterados da criança. Relembrando que muitas vezes os problemas observados nas crianças têm origens em problemas familiares, e que não se pode ver a criança isoladamente.

Por fim, a adolescência, nesta fase ocorrem mudanças a nível interno e externo muito exigentes pelo que o risco de adotar padrões comportamentais de risco e prejudiciais para a saúde e bem-estar é elevado. A procura incessante pela autonomia e

responsabilidade crescente, o culto do corpo e aparência física, as pressões para experimentar as “novidades do momento” são algumas das exigências que tornam esta fase tão complexa. Altera-se o conceito de saúde perspetivando agora a importância de episódios de doença aguda, compreendendo a real influência dos comportamentos adotados e seus resultados. Porém, por se centrarem muito no aqui e agora, quando os resultados não são observáveis a curto prazo gera-se uma certa insatisfação. Nas consultas de enfermagem realiza-se o reforço sobre os principais perigos imediatos nos jovens, como o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução perigosa, comportamentos agressivos e hábitos alimentares extremos. Compreender que a procura destes, pelo perigo é uma das formas que encontram para fazer face ao *stress* da exigência escolar, da necessidade de autonomia e ou integração no grupo de pares, pelo que podem ser ajudados no treino de resolução de problemas e aprendizagem de formas de expressão emocional adequadas (Barros, 2003).

Aliar e sistematizar de forma breve os conhecimentos da promoção da saúde pareceu-me desde logo uma forma facilitadora do meu pensamento fluir naturalmente nas consultas de saúde infantil. Ajudando-me a colmatar a falta de experiência e responder adequadamente ao desafio a que me propunha.

Denota-se assim a necessidade de uma intervenção especializada para responder eficazmente às necessidades da criança ao longo do seu desenvolvimento. Abordagem compreensiva tendo em conta as particularidades de cada uma das fases e o recurso a estratégias cuidadosamente selecionadas é fulcral para o sucesso da intervenção de enfermagem na promoção da saúde. O conhecimento em profundidade da criança e família não é fácil nem imediato, requer tempo e confiança mútua, num plano de parceria desenhado individualmente. Salienta-se, no entanto, que o sucesso do mesmo não depende da vontade do enfermeiro, é necessária empatia que poderá não surgir, pelo que a existência de profissionais com diferentes ângulos e perspetivas de cuidados é uma mais-valia nas instituições.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O hiato existente entre este contexto e a minha realidade de cuidados forneceu o mote para o empenho no desenvolvimento de competências de EEESCJ. Antecipei as dificuldades no contacto com a criança saudável ou em situação de doença aguda, que colmatei pelo **conhecimento do desenvolvimento infantil** e adequação da comunicação ao mesmo. O treino executado nas **consultas de enfermagem** sob orientação conduziram ao deter de conhecimentos e habilidades no âmbito das consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, realizando oportunamente **avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil** e **deteção precoce de situações de urgência**. O observar e analisar de dinâmicas familiares diferentes, permitiu-me **prestar cuidados culturalmente competentes** à criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Climepsi Editores.

Coyne, I. (2006). The “good” family syndrome: social and cultural issues in community and family health. *Contemporary Nurse*, 23(2), 154–6.

George, J. (2000). Madeleine M. Leininger. In *Teorias de Enfermagem - Fundamentos à prática profissional* (4º ed., pp. 297–309). Porto Alegre: Artmed Editora.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG – Enfermagem da criança e do adolescente* (9º ed.). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VI - Formação I “A (in)visibilidade do cuidado emocional
à criança nos cuidados de saúde primários”**

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO	2
2. PREPARAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: GUIÃO DE OBSERVAÇÃO ...	3
3. PLANEAMENTO.....	4
4. IMPLEMENTAÇÃO	6
5. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	7
6. RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	8
7. AVALIAÇÃO.....	18
8. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

FORMAÇÃO I

“A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança nos cuidados de saúde primários”

1. FUNDAMENTAÇÃO

Os cuidados de saúde primários, o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde, permite uma maior aproximação entre os cuidados de saúde e as comunidades (Organização Mundial de Saúde, 2008). Os ganhos em saúde da população com a melhoria destes cuidados são evidentes principalmente nas primeiras fases do ciclo de vida, evidenciando-se através de indicadores como diminuição da mortalidade infantil (Direção-Geral de Saúde, 2013). “Estes foram alcançados ao longo dos anos através de uma estrutura de cuidados em equipa que se responsabiliza pela promoção da saúde e prevenção da doença, que conta com a disponibilidade, motivação e competência dos profissionais nela envolvidos” (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Os profissionais de saúde devem estar desta forma preparados para minimizar aspetos relacionados com a experiência emocionalmente intensa e potencialmente perturbadora da criança e família no recurso aos Cuidados de Saúde Primários. Pensa-se que quanto maior for o seu conhecimento no âmbito do trabalho emocional em pediatria, maior a probabilidade do recurso a técnicas na minimização da experiência emocionalmente intensa e maior a satisfação e qualidade dos cuidados prestados. Perspetiva-se assim a pertinência da exposição da temática neste contexto e a reflexão conjunta sobre as estratégias mais adequadas ao contexto.

2. PREPARAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

O guião de observação foi o guia mental dos dados sobre o “ambiente” vivido no circuito da criança e família desde a chegada até à saída do Centro de Saúde, de forma a recolher dados suficientes para organizar os fatores que influenciam a experiência emocionalmente intensa da criança e família no recurso aos Cuidados de Saúde Primários. As observações foram realizadas em diferentes momentos do dia de forma a tentar captar a realidade experienciada pela criança e família.

Aspetos a observar no comportamento da criança e família:

- Reações e fâcias da criança e família no recurso ao Centro de Saúde;
- Adaptação aos diferentes ambientes do Centro de Saúde;
- Reação às informações prestadas pelos profissionais;
- Facilidade na procura e obtenção das respostas;
- Comportamentos face aos estímulos do meio ambiente;
- Entusiasmo da criança perante os brinquedos disponíveis quer na sala de espera quer na sala de consulta;
- Postura adotada nos diferentes ambientes;
- Relações entre as várias crianças e família;
- Grau de satisfação observável face aos cuidados prestados.

3. PLANEAMENTO

Tema: A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança nos cuidados de saúde primários	
População Alvo	Enfermeiros da UCSP
Objetivos Gerais	Sensibilizar para o trabalho emocional à criança e família.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria; • Identificar a experiência emocionalmente intensa no recurso aos cuidados de saúde primários; • Discutir estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa; • Sugerir como minimizar o impacto da experiência emocionalmente intensa da criança e família no recurso aos cuidados de saúde primários.
Duração	30 minutos

Etapas	Objetivos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e Meios	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emoção versus sentimento; ▪ Tipos de emoções 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar experiências emocionalmente intensas; 	Expositivo	Apresentação em	Observação	10

	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o conceito de trabalho emocional em pediatria; • Estabelecer a ligação entre o cuidar em enfermagem e o trabalho emocional. 		suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)		
	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os fatores que influenciam as emoções da criança e família no recurso aos cuidados de saúde primários. 	Discussão Reflexão em grupo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Grau de participação	10
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar o trabalho emocional dos enfermeiros da UCSP; • Incentivar a manutenção das boas práticas em enfermagem pediátrica. 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	5

4. IMPLEMENTAÇÃO

Para o sucesso da implementação da sessão de formação foi pedida autorização para a sua realização ao Enf.º Chefe que disponibilizou todos os meios necessários ao seu alcance para a sessão. Os enfermeiros da UCSP foram convidados a estar presentes quer através de convite pessoal, quer pela distribuição do *poster* de divulgação estabelecendo assim um melhor canal de divulgação.

A sessão foi agendada de acordo com a previsão sugerida pelo Enf.º Orientador da maior disponibilidade dos formandos.

Os formandos foram recebidos numa sala cujo ambiente foi previamente preparado para os receber. Optou-se pela disposição em semicírculo dos formandos de forma a permitir uma maior proximidade e interação dos mesmos com a formadora.

Aliou-se a utilização do recurso audiovisual ao dinamismo na exposição interrogada e participativa.

5. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

**SESSÃO DE
FORMAÇÃO**



**A (IN)VISIBILIDADE DO
CUIDADO EMOCIONAL
À CRIANÇA E FAMÍLIA NOS
CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

Data: 31/10/2014
Hora: 12h30 (duração 30min)
Local: Sala de Saúde Infantil
Destinatários: Enfermeiros da UC

Formadora : Enf.ª Tais Mendonça

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

6. RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Taís Mendonça nº5467
31/10/2014

Regente: Profª Doutora Paula
Diogo

SUMÁRIO

- I. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS
- II. CONCEITOS CENTRAIS
- III. TRABALHO EMOCIONAL EM PEDIATRIA
- IV. FATORES QUE INFLUENCIAM AS EMOÇÕES DA
CRIANÇA E FAMÍLIA NO RECURSO AOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS
- V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



OBJETIVOS

Objetivo geral

Sensibilizar para a importância do trabalho emocional à criança e família.

Objetivo específicos

- Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria;
- Identificar a experiência emocionalmente intensa no recurso aos cuidados de saúde primários;
- Discutir estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa;
- Sugerir como minimizar o impacto da experiência emocionalmente intensa da criança e família no recurso aos cuidados de saúde primários.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 3

EMOÇÃO VS SENTIMENTO

Emoção:

- Impulsos para agir;
- Conjunto de respostas socialmente observáveis;
- Ajudam a manter a vida.

Sentimento:

- Experiência mental e privada de uma emoção.



Goleman, 1998; Damásio, 2003

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 4

EMOÇÕES



Teatro do corpo.
VISÍVEIS



Teatro da mente.
OCULTAS

Damásio, 2003, Damásio, 1994
A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 5

EMOÇÕES PRIMÁRIAS OU UNIVERSAIS

- Alegria
- Tristeza
- Medo
- Cólera
- Surpresa
- Aversão

Damásio, 2003, Damásio, 1994



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 6

EMOÇÕES SECUNDÁRIAS OU SOCIAIS

- Vergonha
- Ciúme
- Culpa
- Orgulho

- Bem-estar
- Mal-estar
- Calma
- Tensão

Emoções de fundo
 Detetadas por pormenores subtis relacionados com postura corporal, velocidade e contorno dos movimentos, movimentos oculares e grau de contração nos músculos faciais.

- Resultam de uma aprendizagem;
- São respostas a uma situação que é consequência da emoção primária;
- São emoções muitas vezes exageradas;
- São frequentemente inúteis e prejudiciais quando surgem sem razão.

Damásio, 2003, Damásio, 1994

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 7



EMOÇÕES E ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Qual a sua relação?

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 8

EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA





TRABALHO EMOCIONAL EM PEDIATRIA

- "Um conceito ainda pouco explorado e/ou valorizado"

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 11

"(...) os cuidados de Enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, **uma imensidão de 'pequenas coisas'** que dão a possibilidade de manifestar uma **'grande atenção'** ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, (...) **essas 'pequenas coisas'** não se devem confundir com **'pequenos actos'** (...) trata-se, isso sim, de todas essas **'pequenas coisas'** da vida, aquelas que, para uma determinada pessoa, **dão sentido à vida e são importantes.**" Hesbeen,

2004

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 12



O TRABALHO EMOCIONAL

A atenção pelas “pequenas coisas” para Smith (2012) começou ao encontrar uma estudante com as lágrimas nos olhos porque sentia que as pessoas de quem cuidava estavam a ser tratados como objetos inanimados, sem qualquer controlo sobre as suas atividades diárias. Ao reparar como os estudantes percecionavam a sua experiência de cuidar percebeu, que uns conseguiam ter uma visão mais positiva das suas experiências, pois tinham descoberto que **as “pequenas coisas” faziam a diferença na qualidade dos cuidados prestados à pessoa** (Smith, 2012).

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 13

O TRABALHO EMOCIONAL

Relembrando as suas experiências enquanto doente e estudante, reconhece que estas “pequenas coisas” **faziam diferença também no seu sentimento sobre si, e como todo o interesse que as pessoas demonstravam a tinham feito sentir segura e cuidada num ambiente à partida ameaçador, rígido e com hierarquias** (Smith, 2012). No entanto, estas “pequenas coisas” ou “gestos de cuidar” **são difíceis de captar, escapam-nos e passam despercebidos na azáfama das rotinas diárias** (Smith, 2012).

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 14

O TRABALHO EMOCIONAL

A (In)visibilidade

...

- Como o fazemos?
- Porque?
- Como melhorar?
- Como valorizar?

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 15



O TRABALHO EMOCIONAL

A (In)visibilidade ...

- Cuidar holístico
- Disponibilidade
- Envolvimento (Criança e família)
 - "sem inabilitarmos-nos para o trabalho"
- Compaixão
- Comunicação (saber ouvir, saber comunicar)
- Relação terapêutica
- Gerir de emoções (afeto, sentimentos)
- Partilha
- Parceria
- Saber estar
- "não ter pressa na prestação de cuidados"

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 16





QUE FATORES INFLUENCIAM AS EMOÇÕES DA CRIANÇA E FAMÍLIA NOS CSP?

Momento de reflexão e partilha de opiniões.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 17

FATORES QUE INFLUENCIAM AS EMOÇÕES DA CRIANÇA E FAMÍLIA NOS CSP

•Ambiente

- Ruído;
- Agitação;
- Temperatura;
- Luminosidade.

•Família

- Relação entre criança e família;
- Desenvolvimento da criança;
- Disponibilidade;
- Expectativa face aos CSP
 - O que espera do enfermeiro?
 - Incerteza de resolução do problema.

•Profissionais

- Desconhecidos (1º recurso);

- Conhecidos (seguimento);
- Disponibilidade,

•Motivo do recurso aos CSP

- Consulta de vigilância
- Vacinação
- Consulta de urgência
- (Conhecimento da dinâmica organizacional)
- (Tempo de espera)
- (Experiências prévias)

•Outras famílias

- Comportamento em sociedade adequado/socialmente aceite;
- Choque de valores culturais/comportamentais.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA 18



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Diogo, P. M. J. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica* (p. 250). Lusociência.
- * Hochschild, A. R. (1983) *The managed heart*. Berkley: University of California Press
- * Hesbeen, W. (2004) *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- * Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing* (p. 220). Houndmills: Macmillan.
- * Damásio, A. (1994). Emoções e sentimentos. In *O erro de descartes, emoção, razão e cérebro humano*. Europa América.
- * Damásio, A. (2003). Emoção e sentimento. In *O sentimento de si. O corpo e a emoção e a neurobiologia da consciencia*. (14ª Edição.). Europa América.

7. AVALIAÇÃO

O planeamento da sessão proporcionou um guia orientador para o cumprimento dos objetivos traçados.

Estiveram presentes na sessão de formação o Enf.º Chefe, o Enf.º Orientador, enfermeiros ligadas à consulta de saúde infantil, vacinação, saúde materna, bem como estudantes de enfermagem, num total de 10 formandos.

O momento de partilha e reflexão sobre os fatores que influenciam as emoções da criança e família no recurso aos CSP gerou uma discussão reflexiva entre os formandos, onde se destacaram os seguintes fatores, o tempo de espera e as experiências prévias. Espera-se assim que ao intervir na minimização da experiência perturbadora da criança e família antes, durante e até após a consulta de enfermagem, permitirá que esta esteja mais recetiva e disposta a estabelecer uma parceria de cuidados, melhorando a sua satisfação global em relação aos cuidados de enfermagem. Foram discutidas formas de atenuar os fatores mais preocupantes, no ponto de vista dos formandos, como por exemplo, uma melhor articulação entre a consulta médica e a consulta de enfermagem, incentivar a marcação de consultas de enfermagem e uma maior disponibilidade para a realização de mais consultas para fazer face às necessidades da população. Para além destes fatores, foram expostos outros identificados pela observação do circuito das crianças desde a chegada ao Centro de Saúde até à saída, com recurso a um guião de observação. A discussão destes problemas sentidos pela equipa poderá servir de mote para a implementação destas estratégias, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à população.

Percebeu-se desta forma, pela observação e participação dos formandos que a formação tinha ido de encontro às suas expectativas e que contribuiu para discutir novas abordagens à criança e família no âmbito do cuidado emocional.

8. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O EEESCJ deve ser agente promotor da existência de uma **formação continuada** com vista ao desenvolvimento profissional e melhoria da prática de cuidados na sua área de especialidade.

Na preparação da sessão de formação treinou-se a **observação e caracterização da população**, para desta forma adequar os objetivos do estágio às necessidades formativas dos enfermeiros. Destacou-se ainda, o **treino de técnicas pedagógicas e de comunicação** com os pares, na divulgação do trabalho emocional no ato de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção Geral de Saúde. Portugal: Direção-Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Lisboa.

**APÊNDICE VII – Entrevista Semiestruturada a perito: A Gestão
Emocional no Serviço de Urgência**

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
1. PLANO DA ENTREVISTA	3
2. ENTREVISTA	4
3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. 6	

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA A PERITO:

A Gestão Emocional no Serviço de Urgência

NOTA INTRODUTÓRIA

As emoções são expressas de diferentes formas dependendo do contexto em que nos encontramos. A doença aguda que propícia o recurso ao Serviço de Urgência provoca uma rutura com o estágio anterior de estabilidade na transição. A necessidade de encontrar estratégias de *coping* para conseguir gerir a emoção perturbadora no serviço de urgência gera por vezes ansiedade não só nos pais e crianças, mas também nos profissionais. Discutir estratégias utilizadas e perceber qual o impacto das medidas tomadas torna-se o primeiro passo para a construção de um novo saber. A observação atenta das práticas permitiu-me perceber algumas das práticas e técnicas mais utilizadas neste serviço. No entanto, senti a necessidade de corroborar com um perito a sua visão sobre as práticas instituídas na equipa e validar com este a intencionalidade das estratégias utilizadas.

A escolha pelo método de entrevista surgiu por esta ser uma técnica amplamente utilizada para conhecer o Outro e retratar a sua experiência. Complementar as aprendizagens realizadas com a experiência de um perito na área das emoções com experiência profissional em urgência pediátrica no local onde tive oportunidade de realizar estágio foi uma das atividades que enriqueceram o meu percurso. Realizei desta forma, uma entrevista semiestruturada a um enfermeiro, especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que colabora na Unidade de investigação & desenvolvimento de enfermagem na Linha de Investigação de Emoções da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. PLANO DA ENTREVISTA

A entrevista foi delineada no sentido de enriquecer a experiência da prática de cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica, com a visão de um perito no trabalho emocional em pediatria. A necessidade de realização da entrevista surgiu no sentido de captar a essência da experiência de cuidar do perito que não foi possível esclarecer apenas com recurso à observação participativa. A oportunidade de conhecer este perito não pode passar despercebida, pelo conhecimento do seu percurso de investimento na formação avançada, no ensino e na investigação.

As questões esboçadas foram o mais abrangentes possível de forma a estimular o fluir do pensamento do entrevistado, tentando desta forma evitar conduzir o seu pensamento.

- a) Considera que existem experiências emocionalmente intensas no Serviço de Urgência Pediátrica? Se sim, qual a sua tonalidade?*
- b) Como difere a experiência emocionalmente intensa nos diferentes ambientes do Serviço de Urgência Pediátrica? Quais as principais diferenças das emoções expressas pelos pais e pelas crianças?*
- c) Na minimização da experiência emocionalmente intensa, quais as estratégias mais utilizadas?*
- d) Como pensa que podemos melhorar os cuidados de enfermagem através do trabalho emocional?*

2. ENTREVISTA

a) Considera que existem experiências emocionalmente intensas no Serviço de Urgência Pediátrica? Se sim, qual a sua tonalidade?

Existe claramente um número infindável de experiências emocionalmente intensas no serviço de urgência pediátrica, no entanto, denota-se uma desvalorização destes acontecimentos e da importância do enfermeiro nesta área. Não penso que os enfermeiros tenham uma reação de fuga aos acontecimentos de natureza perturbadora.

b) Como difere a experiência emocionalmente intensa nos diferentes ambientes do Serviço de Urgência Pediátrica? Quais as principais diferenças das emoções expressas pelos pais e pelas crianças?

No SUP podem diferenciar-se vários ambientes distintos onde os desafios que se colocam à resposta do enfermeiro são distintos. A sala de tratamentos é o local onde o enfermeiro contacta de forma mais próxima com a criança e família. Este contacto com a pessoa que espera é difícil, não só pelas suas manifestações verbais, mas também pelos detalhes da sua expressão não-verbal que revelam a sua ansiedade. Cabe ao enfermeiro realizar a gestão dos tempos de espera, estabelecendo formas de comunicação adequadas a cada situação. Na sala de tratamentos realizam-se procedimentos invasivos e/ou dolorosos, tenta-se minimizar esta experiência perturbadora e ao mesmo tempo responder adequadamente às exigências da situação de urgência.

Já na sala de aerossóis com aumento do número de pessoas com dispositivos de aerossóis no domicílio, desmistificou-se um pouco o medo provocado pelas máscaras e ruídos das rampas. A presença e colaboração da família no uso de técnicas de distração, como o jogo e brincadeira, quando adequados à situação de doença são mais-valias no cuidar.

No serviço de observação acentua-se o medo do desconhecido e ansiedade, conhece-se agora a hipótese diagnóstica. O impacto do internamento gera alterações na rotina da criança e família. A instrumentalização desta unidade contrasta com o

ambiente habitual da criança. A impossibilidade de ter um quarto, estar num espaço amplo que embora permita alguns momentos de privacidade, são curtos e controlados pela necessidade de vigilância constante.

c) Na minimização da experiência emocionalmente intensa, quais as estratégias mais utilizadas?

Na preparação da criança para a gestão das suas emoções deve ter-se em conta a sua etapa de desenvolvimento. Devendo para isso haver um conhecimento profundo das diferentes técnicas que podem ser usadas de acordo com a faixa etária.

Também os pais devem ser envolvidos nos cuidados de modo a proporcionar um maior confiança nos cuidados. Perceber os medos e receios dos pais ajuda a estabelecer uma relação terapêutica, conseguir um melhor envolvimento e colaboração dos mesmos.

d) Como pensa que podemos melhorar os cuidados de enfermagem através do trabalho emocional?

Ao longo dos últimos anos tem ocorrido um despertar para a humanização dos cuidados de enfermagem, porém ainda falta formação na gestão emocional da criança e família e dos enfermeiros. Destaca-se neste sentido a importância da coesão da equipa em busca da qualidade de cuidados. Poderão ainda ser realizadas reuniões formais ou informais de discussão e partilhas de experiências.

3. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A entrevista foi realizada no dia 24 de novembro de 2014, com a duração total de 30 a 40 minutos, numa sala que proporcionou a privacidade necessária para a partilha de experiências do foro profissional do perito, de forma a conseguir tocar numa esfera mais íntima do cuidar do Outro.

Na sua realização não foram utilizados meios de gravação pelo que as palavras por mim descritas tentam transparecer da melhor forma a visão do entrevistado.

Enquanto enfermeiro especialista considero fundamental a **análise e reflexão de estratégias** utilizadas para a resolução de problemas utilizadas pelo Outro, como de forma de melhorar a minha tomada de decisão ética. Assim, pensa-se que conseguirei obter as bases necessárias para desempenhar o papel de líder nos processos de tomada de decisão na enfermagem de saúde infantil e pediatria, fazendo uso das competências adquiridas na área do trabalho emocional.

O conhecimento obtido pela realização desta atividade vai para além daquele que poderia ser considerado mais óbvio inicialmente, e abrange vários domínios de competências. Destaco assim ainda, o domínio da **qualidade dos cuidados**, na medida em que se considera também, que para participar e iniciar projetos na área da qualidade dos cuidados de enfermagem deve-se procurar conhecer o que já se encontra implementado, e discutir quais as estratégias que se pensam ser adequadas para o contexto.

**APÊNDICE VIII - Formação II “A (in)visibilidade do cuidado
emocional à criança e família no serviço de urgência pediátrica”**

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO	2
2. PLANEAMENTO.....	3
3. IMPLEMENTAÇÃO	5
4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	6
5. EXCERTOS DO RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	7
6. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

FORMAÇÃO II

“A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança e família no serviço de urgência pediátrica”

1. FUNDAMENTAÇÃO

No trabalho emocional em pediatria é essencial a adoção de um “modo pró-activo de criar ambientes e contextos relacionais com determinada tonalidade afectiva para atingir objectivos terapêuticos” (Diogo, 2015 p.xviii). Neste sentido pretende-se que seja efetuado de forma mais imediata o reconhecimento das situações em que o uso do trabalho emocional em pediatria poderá influenciar positivamente o resultado das intervenções de enfermagem.

Reconhecer a experiência emocionalmente intensa como uma constante no cuidado à criança e família, é o primeiro passo desta avaliação. Segue-se a necessidade de discussão das estratégias individuais e em grupo que melhor se adequam aos diferentes contextos.

Prevê-se que se consigam incutir reflexões sobre o cuidado emocional nas diferentes etapas de desenvolvimento da criança nas práticas do serviço de urgência de pediatria. As técnicas pedagógicas escolhidas para este efeito consistem na apresentação do recurso audiovisual e exposição dos temas oralmente.

2. PLANEAMENTO

Tema: “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança e família no serviço de urgência pediátrica”	
População Alvo	Enfermeiros e outros profissionais de saúde do serviço de urgência.
Objetivos Gerais	Sensibilizar para o trabalho emocional inscrito no cuidar de enfermagem à criança e família.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria; • Identificar a experiência emocionalmente intensa; • Discutir estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa; • Sugerir como minimizar o impacto da experiência emocionalmente intensa da criança e família no recurso ao serviço de urgência.
Duração	45 minutos

Etapas	Objetivos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e Meios	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria; • Emoção versus sentimento; • Tipos de emoções; 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	5

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar experiências emocionalmente intensas; • Distinguir o entendimento das emoções de acordo com a etapa de desenvolvimento; • Clarificar o conceito de trabalho emocional em pediatria; • Estabelecer a ligação entre o cuidar em enfermagem e o trabalho emocional. 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	10
	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os fatores que influenciam as emoções da criança e família no serviço de urgência; • Destacar estratégias para a minimização da experiência emocionalmente intensa. 	Discussão Reflexão em grupo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Grau de participação	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar o trabalho emocional dos enfermeiros no serviço de urgência; • Incentivar a manutenção das boas práticas em enfermagem pediátrica; • Divulgar o trabalho da linha de investigação emoções em saúde. 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	5

3. IMPLEMENTAÇÃO

Para o sucesso da implementação da sessão de formação foi pedida autorização para a sua realização ao Enf.º Chefe que disponibilizou todos os meios necessários, ao seu alcance para a sessão. Os enfermeiros e profissionais de saúde do SUP foram convidados a estar presentes através da afixação do *poster* de divulgação da mesma na sala de trabalho de enfermagem.

A sessão foi agendada de acordo com a previsão sugerida pelo Enf.º Orientador de acordo com data e hora prevista de maior disponibilidade dos formandos.

Apesar de todo o exercício de preparação elaborado para o sucesso da implementação desta atividade, não foi possível implementá-la devido a uma situação de cuidados emergente que surgiu momentos antes do seu início. Imperou neste sentido o cuidado à criança e família em situação de instabilidade das funções vitais.

4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

**SESSÃO DE
FORMAÇÃO**



**A (IN)VISIBILIDADE DO
CUIDADO EMOCIONAL**
À CRIANÇA E FAMÍLIA NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

Data: 26/11/2014
Hora: 14h30
Local: Sala de enfermagem
Destinatários: Enfermeiros

Formadora : Enf.^a Taís Mendonça
Regente: Prof^a Doutora Paula Diogo

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

5. EXCERTOS DO RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

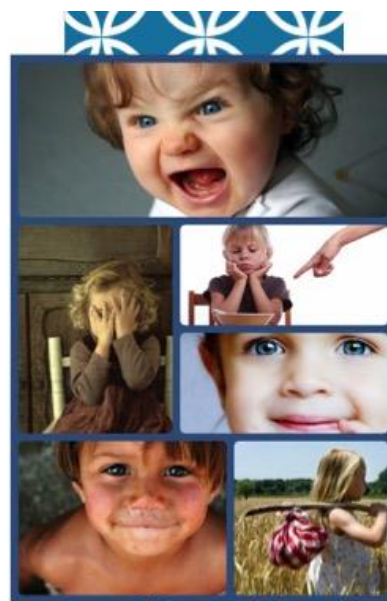
Data: 26/11/2014

Formadora : Enf.ª Taís Mendonça (n.º5467)
Regente: Prof.ª Doutora Paula Diogo

The cover features a collage of images showing children's faces with various expressions: a boy resting his head on his hands, a girl with a pouting face, a boy with glasses, a girl with a bow tie, a boy covering his eyes, a girl with her hands on her cheeks, and a boy and girl kissing.

SUMÁRIO

- I. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS
- II. CONCEITOS CENTRAIS
- III. TRABALHO EMOCIONAL EM PEDIATRIA
- IV. A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
- V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 2



LINHA DE INVESTIGAÇÃO DE EMOÇÕES EM SAÚDE

“ Nesta linha pretende-se estudar o modo como os enfermeiros trabalham com as emoções para promover o bem-estar ou o alívio do sofrimento dos clientes, isto é, para promover cuidados. O enfoque é a pessoa do cliente, a pessoa do enfermeiro e a relação dos cuidados, numa perspetiva do cuidar humano e à luz do conceito de saúde holística e dinâmica, tal como defendida nas atuais conceções de enfermagem.”

(<http://www.esel.pt/ESEL/PT/UIDE/Investigacao/Organizacao.htm>)

**INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM NESTA
DIMENSÃO EMOCIONAL**
e o seu contributo para a
visibilidade do trabalho
emocional em
enfermagem.

6. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Nesta atividade foi fundamental recorrer a minha capacidade de **gestão de acontecimentos adversos**, na medida em que tive que alterar os objetivos que tinha estabelecidos inicialmente, e de **procurar novas oportunidades de aprendizagem** face ao novo contexto. Treinei desta forma a minha **capacidade de observação** e identificação da função de cada um, face ao **cuidar da criança gravemente doente**. A notória preparação da equipa, com a definição do papel de cada um dos elementos de forma imediata, é a prova efetiva do treino de competências que foi feito pela equipa.

Percebe-se assim, depois deste incidente que a aprendizagem não resulta apenas dos momentos planeados ao detalhe, e que cada imprevisto pode ser apenas mais uma oportunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE IX - Jornal de Aprendizagem - “Sentimentos ambíguos
em relação à parentalidade na UCIN”**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

“Sentimentos ambíguos em relação à parentalidade na UCIN”

Compreender a parentalidade começa pela apreciação da definição e características do conceito. A parentalidade surge como um processo de maturação que conduz a uma mudança físico-emocional que permite que o adulto se torne pai, ou seja, que seja capaz de dar resposta às necessidades físicas, emocionais e psicológicas do seu filho (Leal, 2005, citado por Sousa e Silva & Carneiro, 2014). É um processo complexo, que envolve múltiplas dimensões dos indivíduos nele envolvido – pai, mãe e bebé. Quanto ao início do processo de parentalidade as opiniões divergem, uns admitem apenas o início com o nascimento (Martins, 2013), outros associam o seu começo ao aspeto biológico do processo, a conceção, e por último a visão com que mais me identifico, a de que o processo se inicia no momento em que se começam a criar expectativas de uma gravidez. Apesar, de a mudança real da dinâmica e dos papéis da família apenas se alterar após o nascimento do bebé, pensa-se que todos os pensamentos e expectativas criadas pelos futuros pais quando decidem engravidar influenciam o processo de transição para a parentalidade.

Iniciam-se assim preconceções das mudanças nos futuros pais, e do bebé desejado. Idealiza-se normalmente um futuro perfeito repleto de contornos felizes e positivos, reforçado pelo desejo do nascimento de um bebé saudável (Orzalesi & Aite, 2011), que vão sendo maturados e encorpados na gravidez. É neste ponto, que se pretende refletir, nos sentimentos ambíguos em relação à parentalidade nos pais de crianças na UCIN.

Nestes pais observou-se, ao longo do estágio, o choque e incapacidade de compreender a realidade, uma realidade que agora lhes pertence, uma realidade que muitos nem sequer ousavam pensar, ou imaginar. A UCIN é vista como uma ambiente estranho e assustador, onde os pais tendem a perder a sua autonomia. A sensação de autonomia perdida reporta-se, a meu ver, à perda da perceção de como alcançar a autonomia, nas competências que esperavam necessitar para cuidar de um bebé saudável.

O futuro deste binómio bebé e família não se adivinha nem sorridente, nem previsível, pois este depende em grande parte da estabilidade do prematuro e dos cuidados que este necessitará. Perceberam-se claramente as oscilações de emoções nos pais em consonância com a estabilidade do bebé. A imprevisibilidade (Orzalesi & Aite, 2011) contrasta assim, com o planeamento cuidado que os pais estabeleceram ao decidir incorporar um novo membro na família. Já se adivinhava que este seria vulnerável e dependente nas suas necessidades humanas básicas, porém não se imaginavam com um bebé vulnerável acrescidas, com competências diminuídas e necessidades especiais de cuidados.

Ao longo do processo de parentalidade desenvolvido na UCIN, altera-se a dimensão daquilo os pais consideram felicidade, reelabora-se e dá-se valor a sinais, gestos e expressões, que de outra forma pareceriam despercebidos. Cabe ao EEESCJ, o **despertar para as mais pequenas manifestações de afeto e carinho**, desviando a atenção daquilo que constitui o ambiente mecanicista (fios e máquinas).

Sem precisar de questionar os pais, foi perceptível pela timidez, choque em micro expressões faciais, choque de ver o recém-nascido pela primeira vez (Phillips & Tooley, 2005), ou não, de interiorizar que a sua imagem pequena, frágil e em nada semelhante a um bebé dito “normal”. O seu olhar atento à nossa aproximação, em busca de respostas e explicações, reporta-nos para a necessidade de **intervir, conduzir, e auxiliar o processo de perda e/ou luto** do bebé esperado, bem como para promover a **aceitação da diferença**, fragilidade e condicionantes deste bebé real. A intervenção de enfermagem passa pela **disponibilização de momentos para partilhar**, os sentimentos e emoções que são despertados pela aparência do recém-nascido e no desmistificar de preconceitos.

A separação física e emocional do recém-nascido dos seus pais, constitui um obstáculo real à vinculação e processo de parentalidade. O quarto do bebé que seria o palco muitos de momentos nesta fase, está vazio e silencioso, tornando o estar em casa um misto de inquietude e revivência daquilo que foi idealizado. Foi observado e referido verbalmente pelos pais um misto de querer estar presente e se conectar com a realidade, e de desejar que a sua mente fosse capaz de se libertar de toda a carga perturbadora da situação. O desejo de tocar opõe-se ao medo de magoar e de errar, pelo que o EEESCJ deve **criar oportunidades de vinculação**, com recursos a técnicas

adaptadas à situação clínica do prematuro, como o **acompanhamento guiado dos pais** no contacto e demonstração de afeto.

Destaca-se ainda, como todas estas experiências, vivências e expressões de sentimentos é vivida de forma diferente pelo casal, ou seja cada um, tem necessidades particulares e individuais, e desenvolve respostas e estratégias diferentes em *timings* diferentes. Shin (2003) refere no seu estudo que os sentimentos de distanciamento das mães em relação ao bebé ou o medo de estabelecer uma relação de vinculação prende-se com a perceção de que o bebé poderá não sobreviver. Há que assim perceber, não só as respostas que os pais desenvolvem, mas os motivos que os conduzem a decidir por determinada atitude, para assim poder guiar o seu pensamento no sentido de os **capacitar** a tomar as melhores escolhas.

O EEES CJ deve promover o **estabelecimento de um plano individual e sistematizado de aquisição de competências adaptadas às reais necessidades do bebé prematuro e dos seus pais**. Precisa-se assim, desta forma intervir na perceção de que são necessárias competências adicionais àquelas que os pais anteviam para um bebé saudável.

Termino assim, com repto para nova reflexão da vivência de uma situação de crise como oportunidade de crescimento familiar, em que se pode fazer das vulnerabilidades, as forças para enfrentar as adversidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martins, C. (2013). *A Transição no Exercício da Parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de Enfermagem*. Universidade de Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf
- Orzalesi, M., & Aite, L. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(S1), 135–137. doi:10.3109/14767058.2011.607682

- Phillips, S. J., & Tooley, G. a. (2005). Improving child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(March 2015), 431–442.
- Sousa e Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptation to parenthood: the birth of the first child. *Revista de Enfermagem Refferência*, 4(3), 17–25.
- Shin, H. J. (2003). *Maternal transition in mothers with high risk newborns*. Seoul: Korea University.

APÊNDICE X - Reflexão crítica: “Visibilidade no cuidado de enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?”

REFLEXÃO CRÍTICA:

“Visibilidade no cuidado de enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?”

Para enfrentar este desafio, comecei por desconstruir o meu conceito de cuidar em enfermagem pediátrica, identificando as suas forças e fragilidades. Alterar um conceito central em enfermagem, que julgava ser consistente e inalterável, foi um **processo de autorreflexão e exposição de vulnerabilidades**, quer conceituais, quer práticas. Percebi, que a evolução nos níveis de proficiência requer esta habilidade em termos dos movimentos de confiança em relação a novas situações, mudanças na percepção das experiências e entendimento das situações de cuidados, assim como um **envolvimento terapêutico**. Assim, ao longo deste processo, que agora perceciono como um *continuum*, desconstruí, reconstruí e expandi o meu conceito de cuidar, que atualmente, inclui dimensões que desconhecia e/ou não valorizava e sem as quais o meu cuidar não seria o mesmo.

O cuidar em pediatria é um desafio permanente à intervenção do enfermeiro, pois o cliente está em constantes transições de desenvolvimento, o que requer um olhar minucioso à individualidade das suas necessidades de cuidados. Ao refletir sobre as minhas práticas percebi que, se desenvolvessem competências no cuidado emocional, conseguiria mais consistentemente desenvolver as competências específicas de EEESCJ.

O ambiente hospitalar caracterizado pelo seu ambiente asséptico, associado à despersonalização da pessoa, transmite inevitavelmente uma perda de controlo sobre si, gerando medo, ansiedade e sofrimento. Em pediatria, apesar dos constantes investimentos em modificar este ambiente, tornando-o mais seguro e afetuoso, não são por si só suficientes para eliminar o sofrimento da criança. O paradoxo existente entre a carga emocional da experiência de cuidar em pediatria, a ausência de um corpo de conhecimentos para sustentar as práticas, e o reduzido reconhecimento do cuidado emocional desenvolvido, suscitaram este questionamento. Tendo em conta que a minha intervenção pode apenas conseguir **minimizar a experiência emocionalmente intensa** e não eliminá-la completamente, senti necessidade de reavaliar aquilo que chamava de *“prestar apoio emocional”* para melhor cuidar. Concluí que na maior parte das vezes o

apoio emocional não era intencional, resultava de situações de cuidados das quais não podia, nem conseguia escapar, mas para as quais estava preparada para gerir.

Acredito que as nossas experiências quer pessoais, quer profissionais, nos moldam enquanto pessoas, e que para sobreviver à carga emocional de cuidar da criança com doença crónica, é necessário um **profundo e autêntico conhecimento sobre o significado das emoções e sentimentos no cuidar.**

As aprendizagens que realizei, não foram imediatas e com certeza ainda não saberei gerir a experiência emocional em determinadas situações, mas consigo agora mais claramente equilibrar a minha **disponibilidade, presença, proximidade e envolvimento no cuidar**, de forma a não me esgotar emocionalmente. Na mudança gradual das minhas intervenções, obtive respostas por parte da criança e família que me surpreenderam, senti assim uma **maior confiança e reconhecimento dos cuidados prestados**. Este retorno inesperado do meu cuidado motivou-me para continuar a investir no cuidado emocional com **intencionalidade terapêutica**, de forma a minimizar e transformar positivamente a experiência de sofrimento. Estabeleci relações de cuidados através da **dádiva de afeto**, modificando as minhas emoções para transmitir ao Outro uma **sensação de bem-estar, serenidade e segurança**, mesmo quando me sentia triste e desmotivada. O esforço no início desses turnos para modificar as minhas emoções, sorrir e manter a serenidade, rapidamente deixava de ser um esforço e passava a ser natural, pois o simples sorriso e gesto de carinho da criança devolvia-me as forças suficientes para realmente modificar o que sentia. Conhecer melhor a criança e família fez-me direcionar as minhas intervenções de forma mais individualizada, por exemplo na preparação para procedimentos quer programados quer em contexto urgente, adaptando a minha postura, utilizando uma **linguagem assertiva e controlando a ação-reação em situações conflituosas**. Esta capacidade de “*respirar fundo*” e ultrapassar as dificuldades pessoais de modo a diminuir a minha ansiedade e a da criança e família, ainda é particularmente desafiante em determinadas situações. Contudo reconheço, que se torna cada vez mais fácil gerir conflitos à medida que nos demonstramos disponíveis e sintonizados com os sentimentos e emoções do Outro. Recordo-me da primeira situação em que senti que me “aventurei” em tentar gerir a revolta de um pai face ao sofrimento do filho. Num turno da noite aparentemente tranquilo, uma criança começa a chorar com dor sem conseguir explicar verbalmente o que a deixava desconfortável. O

sentimento de impotência do pai para reconhecer o que incomodava o seu filho e ser capaz de o ajudar foi escalando exponencialmente. A criança com uma doença renal crónica, obstipada há cerca de quatro dias por se recusar a usar a casa de banho ou qualquer outro dispositivo para evacuar, apresentava agora uma dor abdominal exibindo um abdómen volumoso com palpação da corda cólica. Explicar a intervenção de enfermagem adequada no ambiente de choro e ansiedade crescente da criança e descontrolo emocional do principal cuidador, não surtiu o efeito desejado. A ausência de mecanismos para gerir a situação fez o pai abandonar o seu filho a chorar, e verbalizar agressivamente que já não suportava ver o seu filho sofrer e saiu do serviço. Após acalmar a criança, que, depois de evacuar, sorria e comunicava com a equipa, resolvi procurar o pai para que em conjunto conseguíssemos **desconstruir a situação**. Não foi fácil esquecer a agressividade de que tinha sido alvo minutos antes, mas pensei que não estaria a agir corretamente se não “me despisse de preconceitos” e fosse tentar dar espaço para que este se expressasse. A receptividade nos primeiros minutos não foi a esperada, tive que dar tempo para o pai conseguir comunicar comigo e explicar-me que estava saturado do internamento, das birras do filho, que queria que tudo ficasse bem. Expliquei ao pai, que nem sempre as crianças conseguem expressar o que sentem com a mesma facilidade que nós e que o seu filho estava assustado, mas que a dor já tinha passado e que estava bem-disposto e a sorrir, e que a sua presença seria confortante para o filho conseguir adormecer. O pai sorriu, pediu desculpa pela agressividade e entrou novamente na enfermaria. Esta foi apenas uma das muitas situações em que tentei conectar as aprendizagens teóricas com a minha prática de cuidados, e sinto que hoje o meu conceito de cuidar expandiu-se pois incluo intencionalmente o trabalho emocional em “*tudo o que faço*”.

No início de cada turno, não consigo deixar de pensar que seria bom se todos pensássemos em como completar a frase: “*E se hoje estivesse ali eu, gostava que..... (o enfermeiro fosse simpático, que tivessem em conta que não descansei à noite, que estou triste e que preciso de atenção,)*”.

A visibilidade deste cuidado emocional é realmente reduzida, não fica registada a sua total dimensão pois há coisas que “*guardamos no coração*” e não transpomos para o papel como “*os sorrisos envergonhados e os desenhos que nos oferecem*”.

Pode ainda não ser hoje que vou descobrir como contornar esta (in)visibilidade do cuidado emocional, mas com certeza irei-me esforçar por torná-lo mais perceptível aos Outros, contaminando positivamente a minha equipa com as minhas aprendizagens.

Falar sobre as emoções tornou-se para mim, essencial para compreender a dimensão do cuidar em enfermagem pediátrica. **Perceber a experiência emocional do Outro, guia a minha intervenção** e dá mais valor e qualidade ao cuidado que presto.

**APÊNDICE XI - Formação III “A (in)visibilidade do cuidado
emocional à criança com doença crónica”**

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO	2
2. PLANEAMENTO	3
3. IMPLEMENTAÇÃO	5
4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	6
5. RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	7
6. ANÁLISE REFLEXIVA DO “MOMENTO DE REFLEXÃO”	21
7. AVALIAÇÃO.....	24
8. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

FORMAÇÃO III

“A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”

1. FUNDAMENTAÇÃO

A visibilidade do trabalho emocional na nossa perspetiva reside essencialmente em dois pontos fundamentais: no reconhecimento das estratégias utilizadas de forma involuntária ou intencional pelos enfermeiros no ato de cuidar, e no treino de competências emocionais para cuidar.

No primeiro ponto cabe, ao EEESCJ o investimento na sistematização de modo a criar ambientes e contextos relacionais promotores de segurança emocional e satisfação profissional dentro da sua área de atuação, com o objetivos terapêuticos (Diogo, 2015). Neste sentido, proporcionar a reflexão das estratégias já adotadas, e a sua direta associação com os resultados terapêuticos, proporcionam uma maior visibilidade do trabalho emocional.

No segundo ponto, há que trabalhar a determinação do profissional e a sua capacidade de se motivar no investimento de aquisição de estratégias para cuidar. Ponto particularmente sensível pela dificuldade de associação direta entre a intervenção e resultados, como se faz em intervenções e procedimentos mais mecanicistas, e pelo não reconhecimento e contabilização do esforço da gestão emocional para cuidar.

Antecipa-se que se consigam incutir nos profissionais reflexões sobre o cuidado emocional nas diferentes etapas de desenvolvimento da criança nos diferentes momentos de cuidados.

2. PLANEAMENTO

Tema: A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica	
População Alvo	Enfermeiros e outros profissionais de saúde do Departamento de Pediatria.
Objetivos Gerais	Sensibilizar para o trabalho emocional inscrito no cuidar de enfermagem à criança e família.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria; • Identificar a experiência emocionalmente intensa; • Discutir estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa; • Sugerir como minimizar o impacto da experiência emocionalmente intensa da criança e família.
Duração	45 minutos

Etapas	Objetivos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e Meios	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria; • Emoção versus sentimento; • Tipos de emoções. 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar experiências emocionalmente intensas; • Distinguir o entendimento das emoções de acordo com a etapa de desenvolvimento; 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint	Observação	10

	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o conceito de trabalho emocional em pediatria; • Estabelecer a ligação entre o cuidar em enfermagem e o trabalho emocional. 		(computador+data show)		
	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os fatores que influenciam as emoções da criança e família na UNP; • Refletir sobre tonalidade das experiências de cuidados nos diversos momentos de cuidados, pelo preenchimento e discussão dos itens da tabela “Momento de Reflexão”; • Destacar estratégias para a minimização da experiência emocionalmente intensa. 	Discussão Auto e heteroreflexão	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show) Distribuição de tabela “Momento de reflexão”	Grau de participação Análise imediata e <i>a posteriori</i> das respostas dos profissionais	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar o trabalho emocional dos enfermeiros da UNP; • Incentivar a manutenção das boas práticas em enfermagem pediátrica. 	Expositivo	Apresentação em suporte Microsoft PowerPoint (computador+data show)	Observação Aplicação de escala de avaliação da formação	5

3. IMPLEMENTAÇÃO

Para o sucesso da implementação da sessão de formação foi pedida autorização para a sua realização ao Enf.º Chefe que disponibilizou todos os meios necessários ao seu alcance para a sessão. Os enfermeiros e profissionais de saúde do departamento de pediatria foram convidados a estar presentes pela distribuição do *poster* de divulgação nos vários serviços do departamento estabelecendo assim um melhor canal de divulgação.

A sessão foi agendada de acordo com a previsão sugerida pelo Enf.º Orientador da maior disponibilidade dos formandos em articulação com ação de formação intitulada de “O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”.

4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

SESSÃO DE
FORMAÇÃO



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA

Data: 30/01/2015
Hora: 14h

Destinatários: Enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Formadora : Enf.ª Taís Mendonça

Formadora estudante do
5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

5. RECURSO AUDIOVISUAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA

Data: 30/01/2015

Formadora : Enf.ª Taís Mendonça (nº5467)

The cover features a collage of images on the left showing children's faces with various expressions: a boy resting his head on his hand, a girl with a sad expression, a boy with glasses, a girl with a bow tie, a boy covering his face, a girl with her hands on her cheeks, and a boy and girl kissing. The background is blue with a white geometric pattern.

SUMÁRIO

- I. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS
- II. CONCEITOS CENTRAIS
- III. TRABALHO EMOCIONAL EM PEDIATRIA
- IV. A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA NA UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
- V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 2

OBJETIVOS

Objetivo geral

Sensibilizar para a importância do trabalho emocional inscrito no cuidar de enfermagem à criança e família.

Objetivo específicos

- Explorar os conceitos centrais do trabalho emocional em pediatria;
- Identificar a experiência emocionalmente intensa;
- Discutir estratégias para minimizar a experiência emocionalmente intensa da criança e família.



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 3



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 4

CUIDAR

"Cuidar... A primeira arte da vida"

- Collière considera o cuidar como uma arte que "precede todas as outras", e que ela marca o princípio do conhecimento e das várias culturas.
- O seu cuidar está revestido dos "gestos simples e banais" e que dão força e impulsiona o desejo de viver.
- Desafia com a sua conceção os paradigmas anteriores, valorizando o "o afeto e o espírito pensante".
- Destaca, a apreensão da "expressão das emoções e dos sentimentos – tanto das pessoas a cuidar como das que cuidam".

(Collière, 2003)



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 5

Arlie Hochschild

- *"induzir ou suprimir os seus sentimentos, de forma a manter uma aparência externa que permita que os outros se sintam seguros e cuidados."* (Hochschild, 1983)

Da Sociologia até à Enfermagem

- Falha de autenticidade na relação e ausência do verdadeiro cuidado em enfermagem. (Williams, 2013)

Pam Smith

- O enfermeiro desenvolve as competências de trabalho emocional de forma informal mas reconheceu que eram necessários mais estudos para captar a complexidade conceptual da definição de cuidar em enfermagem. (Smith, 2012)

TRABALHO EMOCIONAL



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 6



CRIANÇA E FAMÍLIA

Cuidados Centrados na Família

Dignidade e Respeito

Partilha de Informação

Participação

Colaboração

Cuidados não Traumáticos

Intervenções que no cuidar à criança e família minimizam ou eliminam o sofrimento psicológico e físico.

IPFCC http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf (Hockenberry & Wilson, 2014)

Empiricamente, à idade pediátrica são atribuídos, inconscientemente significados positivos e desenhadas conceções de desenvolvimento ideais.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 7



Emoção:

- Impulsos para agir;
- Conjunto de respostas socialmente observáveis;
- Ajudam a manter a vida.



Sentimento:

- Experiência mental e privada de uma emoção.

Importa entender as emoções enquanto instrumento terapêutico.

(Diogo, 2012)

EMOÇÕES

(Goleman, 1998; Damásio, 2003) A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 8



A CRIANÇA



*As transições de desenvolvimento são sentidas como naturais, mas as transições de doença são vistas como disruptivas e/ou inesperadas.

(Meleis, 2010; Theofanidis, 2007)

*Assim, as crianças enfrentam um desafio pela transição simultânea que as coloca entre as exigências da doença e suas tarefas de desenvolvimento.

(Valentine & Lowes, 2007)



EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 9

A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



PERTURBADORA



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 10

O ENTENDIMENTO DAS EMOÇÕES

RN

- Expressa emoções através do choro, agitação motora, coloração da pele ou sudorese ou abertura ocular.



Lactente e Toddler

- Responde com choro/medo à ausência da mãe e a qualquer procedimento (avaliação temperatura); as birras revelam a sua imaturidade na gestão emocional.
- Utilizam informações emocionais para realizar escolhas (limitadas p.e. se devem se aproximar ou afastar de determinado estímulo).

(Scharfe, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 11



Pré-escolar

- Expressa verbalmente as suas emoções mas é mais fácil através do desenho; se não gosta de uma pessoa diz "és feia!"; a brincadeira com pares é já um espaço de expressão de emoções.
- Iniciam o entendimento sofisticado da multiplicidade de emoções e da complexidade das expressões faciais.

O ENTENDIMENTO DAS EMOÇÕES

Escolares

- Domina a linguagem e já conhece algumas emoções de modo a identificá-las; mobiliza estratégias de gestão emocional mais elaboradas como respiração profunda ou imaginação guiada.
- Desenvolvem a habilidade de utilizar as expressões emocionais de outra pessoa para fazerem escolhas a respeito de situações ambíguas.

(Scharfe, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 12

O ENTENDIMENTO DAS EMOÇÕES

Adolescente

- Expressão/respostas emocionais variadas e extremadas: choroso, falador, nervoso, silencioso, escarnekedor, provocador, hostil, agressivo ou calmo e confiante;
- Quando pouco confiante, hostil e agressivo expressa-se por monossílabos, olhar distante, virar a cara;
- Disrupções emocionais/labilidade emocional (causa hormonal);
- Estados de ansiedade podem conduzir a episódios de lipotímia e mesmo alterações cardíacas;
- Partilha de vivências emocionais mais fácil com pessoas "estranhas";
- Os problemas de saúde são vividos com intensidade emocional devido ao medo das alterações da imagem, perda de controlo e possibilidade de morte.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 13



DESAFIOS DO TRABALHO EMOCIONAL EM PEDIATRIA

- ✓ Adaptar este conceito à complexidade do cuidado emocional em pediatria requer experiência, na medida em que o trabalho emocional difere consideravelmente em diferentes contextos de cuidados.

(Hunter & Smith, 2007)

- ✓ Esta gestão das emoções está ligada ao nível de experiência e perícia do enfermeiro, associando a sua capacidade de se envolver com o cliente e dar importância às emoções na prática a um elevado nível de perícia.

(Benner e Wrubel (1989)

- ✓ A dissonância existente entre o cuidado emocional à criança e o seu reconhecimento em termos mensuráveis ainda é significativa. (Smith, 1992)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 14





A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL

Visibilidade no cuidado em enfermagem, o que realmente queremos tornar visível?

Como um artista que escolhe as suas obras para expor na galeria, também nós enfermeiros podemos refletir e escolher sobre quais os aspetos da multiplicidade do cuidar em enfermagem que queremos mostrar.

(Hesbeen, 2013)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 15

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL

A maior visibilidade do cuidado emocional passa pelo reconhecimento da nossa esfera de atuação, e do reconhecimento de intervenções que muitas vezes não são reconhecidas como práticas com intencionalidade terapêutica.



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 16

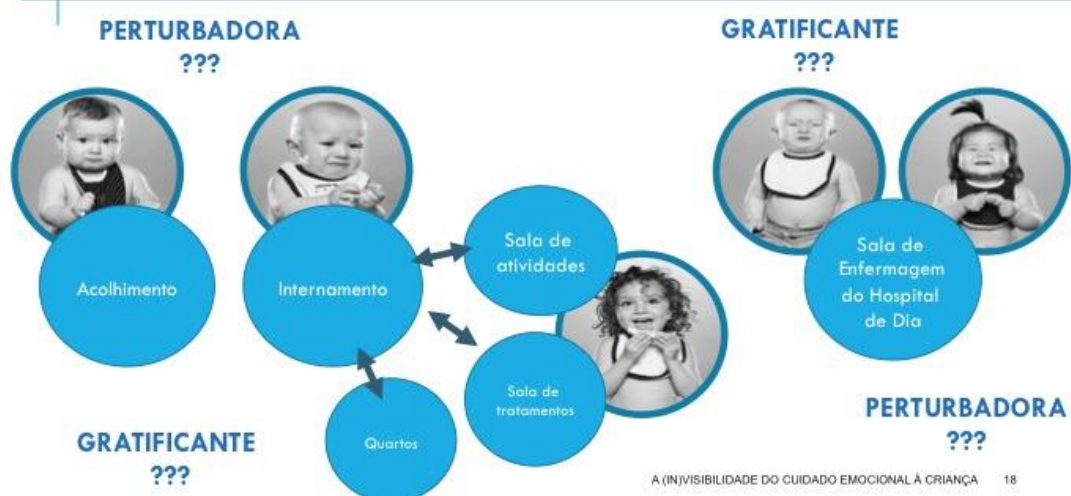


A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA DA CRIANÇA NA UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

As emoções são percebidas da mesma forma nos diferentes ambientes?

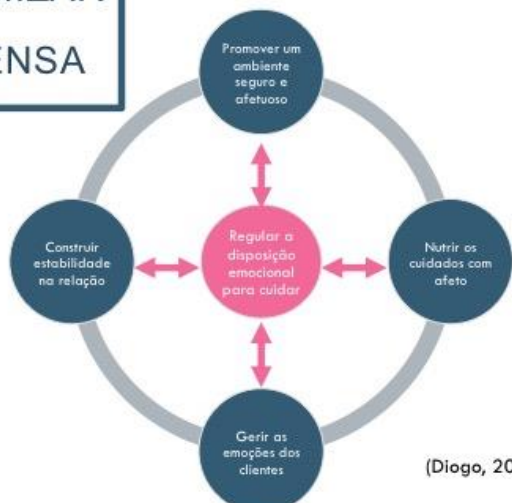
A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 17

A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA NA UNIDADE DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 18

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



(Diogo, 2012)

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 19

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



Promover um ambiente seguro e afetivo

Ambiente hospitalar estranho e stressante, frio e assustador ou adverso e dominador

- Ambiente afetivo (relação);
- Uso de farda adaptada ao ambiente pediátrico;
- Ambiente físico (infraestruturas, equipamentos e recursos adequados à idade pediátrica).

Nutrir os cuidados com afeto

O afeto é fundamental ao desenvolvimento das crianças e diminui os fatores de stress associados à hospitalização.

Vantagens:

- Facilita a execução de procedimentos.
- Essencial para ganhar a confiança.

Espontâneo

Intencional

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 20

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



Construir estabilidade na relação

As interações entre o enfermeiro e cliente estão impregnadas de emoções.

Os clientes projetam a experiência vivida na interação.

A estabilidade da relação é essencial para o cuidar.

Envolvimento emocional

Equilíbrio de poderes

Gestão de episódios conflituosos

Gerir as emoções dos clientes

A doença e hospitalização associam-se a vivências com experiências potencialmente intensas.

Vantagens:

- Diminui a ansiedade e o medo.
- Proporciona tranquilidade e minimização do sofrimento.

Antecipação

Reativa

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 21

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



Regular a disposição emocional para cuidar

A disposição emocional para cuidar é regulada e persiste devido a uma motivação dos enfermeiros para ajudar, associada a afeição que sentem pelas crianças e pela missão da enfermagem

Analisar experiências

- Falar com os colegas, leitura, escrita, reflexão.

Partilhar o que se sente

- Colega específico ou grupo de colegas.

Compreensão das reações dos clientes

- Minimizar o que é negativo, perceber o que não é dirigido a si.

Atenuar positivamente

- Perceber que não são os únicos a falhar, acreditar na sua competência, encarar como um desafio.

Não se deixar afetar

- Descentrar-se, afastar-se por momentos, evitar prestar cuidados, cortar com a fonte de emoções, cessar funções.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 22

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



RN

- Medidas de contenção e redução da estimulação;
- Sucção nutritiva e não nutritiva;
- Conforto, afeto e relação precoce (pais, cuidadores).

Lactente e Toddler

- Brincar e jogos;
- Presença de pessoas significativas.



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 23

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA



Pré-escolar e Escolar

- Brincar, pintura, leitura;
- Manusear material hospitalar;
- Esclarecer dúvidas;
- Falar sobre os medos;
- Reforço positivo;

Programas de preparação para procedimentos adaptado ao grupo etário/desenvolvimento).



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 24

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONALMENTE INTENSA

Adolescente:

- Não interromper quando está a falar;
- Evitar comentários ou indicações de reprovação ou surpresa;
- Reforço positivo;
- Disponibilidade;



- Falar na sua linguagem, música, modas;
- Não interpretar "à letra";
- Jornal jovem;
- Leitura;
- Jogos de computadores;
- Acesso telemóvel e internet;
- Música;
- Espaço Jovem;
- Programas de preparação para procedimentos (filmes, fotos, partilha de experiências).



A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA 25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- IPFCC. (2011). *Advancing the practice of patient - and family - centered care: how to get started*. Acedido a 20 nov. 2014. Disponível em http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf.
- Metz, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Scharfe, E. (2002). O desenvolvimento da expressão, do entendimento e da regulação emocional em bebés e crianças pequenas. In *Manual da inteligência emocional: Teoria e aplicações em casa, na escola e no trabalho* (pp. 185-197). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Williams, A. (2013). Hochschild (2003) - The managed heart: the recognition of emotional labour in public service work. *Nurse education today*, 33(1), 5-7.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.
- Diogo, P. M. J. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica* (p. 250). Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidadoso*. Loures: Lusociência.
- Hochschild, A. R. (1983) *The managed heart*. Berkeley: University of California Press
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing* (p. 220). Houndmills: Macmillan.
- Theodoridis, D. (2007). Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, 1(2), 1-9.
- Valentine, F., & Lewis, L. (2007). *Nursing Care of Children and Young People with Chronic Illness*. Wiley-Blackwell.
- Williams, A. (2013). Hochschild (2003) - The managed heart: the recognition of emotional labour in public service work. *Nurse Education Today*, 33(1), 5-7.

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA 26





OBRIGADA PELA
ATENÇÃO

CONTACTOS:

E-Mail: com

Telefone:

A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA 27

6. ANÁLISE REFLEXIVA DO “MOMENTO DE REFLEXÃO”

Na sessão de formação foi proposto um momento de reflexão sobre as tonalidades das experiências de cuidados nos diferentes locais/momentos de cuidados na UNP. A análise imediata das situações referidas pelos profissionais que participaram permitiu identificar os principais focos de preocupações, no entanto foi fundamental a análise posterior das respostas aos itens da tabela do “Momento de Reflexão”.

Formação : “A (in)visibilidade do cuidado emocional à criança com doença crónica”.				
Momento de Reflexão				
• Como descreveria a experiência emocionalmente intensa na Unidade de Nefrologia Pediátrica nos diferentes locais/momentos de cuidados?				
Locais/Momentos de cuidados		Tonalidade das experiências de cuidados		
		Gratificante	Perturbadora	Nenhuma
Acolhimento				
Internamento	Sala de atividades			
	Sala de tratamentos			
	Quarto			
Sala de Enfermagem de Hospital de Dia				

Da análise destaca-se todos os enfermeiros entendem que existem sempre emoções associadas aos momentos de cuidados, quer identificando aspetos gratificantes, quer perturbadores. Para a análise serão utilizadas citações diretas utilizadas pelos enfermeiros, com o devido consentimento para o uso das mesmas.

a) A experiência emocionalmente intensa no acolhimento

No acolhimento curiosamente destacaram-se aspetos quer da criança que nunca teve internamentos, em que o “*conhecer a criança e família*” é essencial e ainda no caso dos doentes crónicos, “*o sorriso e os braços abertos dos meninos ao verem uma enfermeira que gostam*”. Salienta-se ainda, como gratificante o papel do “*enfermeiro de referência da criança que transmite competência*”, melhorando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Como perturbador os enfermeiros referiram que lamentavam “*não corresponder às expectativas dos pais*” e “*dar a conhecer condições*

físicas insuficientes”. Para um dos enfermeiros o que o perturba no acolhimento é observar *“agressividade, arrogância, e imposição de poder”* por parte dos profissionais, e as *“birras de mimo com choro audível”*. Outro aspeto a ter em conta é o tempo disponível para o acolhimento, que referem que *“por vezes tem que ser feito “à pressa” em detrimento de outros cuidados por realizar”*.

b) A experiência emocionalmente intensa na sala de atividades

Na sala de atividades os enfermeiros referem como gratificante *“o desenvolver de atividades com as crianças e os pais”*, como *“desenhar, pintar, recortar, dançar, escrever...”* e a possibilidade de *“partilhar momentos com os pais e família”*. A emoção perturbadora neste contexto surge pela indisponibilidade para *“ter tempo para estar com as crianças”* e por não ter acesso a todos os brinquedos disponíveis na sala por estarem *“trancados”*. A sala de atividades também usada como sala de alimentação, desperta emoções perturbadoras pela *“negação sistemática da refeição”* por parte da criança, *“por não gostar”* da dieta e pelas *“lágrimas”* derramam.

c) A experiência emocionalmente intensa na sala de tratamentos

Na sala de tratamentos os enfermeiros sentem-se bem quando têm *“sucesso nos procedimentos e técnicas”* e quando o momento do tratamento é *“breve e não provoca sofrimento/dor”*. No entanto, um destaca que é perturbador quando é *“incomodada na realização de técnicas e procedimentos”*. Dois dos enfermeiros referem como gratificante o uso desta sala, *“quando necessito de um espaço privado para falar com os pais”*.

d) A experiência emocionalmente intensa no quarto da criança

O quarto é entendido pelos enfermeiros, como um local de *“confidências”* que permite *“proporcionar conforto numa situação desconfortável”*. Neste local destaca-se como perturbadora no cuidar à criança e família a sua *“dimensão física”* e a *“falta de canais de TV adequados para todas as faixas etárias”*.

e) A experiência emocionalmente intensa na sala de enfermagem de Hospital de Dia

Por último, a sala de enfermagem do Hospital de Dia destaca-se como o local com mais aspetos perturbadores, desde “*a falta de privacidade*”, “*à dificuldade de seguimento da situação da criança*” pela estruturação da “consulta de enfermagem”, que provoca sentimentos de “*frustração por não corresponder às necessidades da criança e família*”. Ainda neste local, a “*inexistência de ambiente pediátrico*” onde referem que faltam “*pinturas de paredes, exposição de trabalhos feitos pelas crianças*”. Apesar disso, reconhece-se como gratificante a possibilidade de “*desenvolvimento de competências individuais e maximização da autonomia dos cuidados*”.

7. AVALIAÇÃO

Na sessão de formação estiveram presentes o Enf.º Chefe, o Enf.º Orientador, enfermeiros da UNP e da Consulta Externa de Pediatria, assim como educadoras, num total de 11 formandos. De forma a avaliar quantitativamente a formação foi pedido aos participantes que no final avaliassem vários itens numa escala de 1-5, numa lógica crescente de satisfação, em que o 5 significa o maior grau de satisfação.

“A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EMOCIONAL À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA”.

Avalie cada um dos itens relativos à sessão de formação numa escala de 1-5, numa lógica de crescente satisfação (em que o 5 significa o maior grau de satisfação).

1. Estrutura e conteúdo da ação	1	2	3	4	5
Interesse dos temas					
Utilidade das temáticas					
Desenvolvimento das temáticas					
Adequação aos objetivos definidos					
Duração da ação					
Equilíbrio teoria / prática					

2. Monitorização	1	2	3	4	5
Capacidade de comunicação e transmissão de conhecimentos					
Motivação suscitada					
Domínio dos assuntos					
Adequação dos métodos pedagógicos					
Relacionamento formador / participantes					
Dinâmica gerada no grupo					

3. Recursos materiais pedagógicos	1	2	3	4	5
Condições de trabalho / instalações					
Materiais e equipamentos utilizados					

4. Organização	1	2	3	4	5
Cumprimento de horários (formador / participantes)					

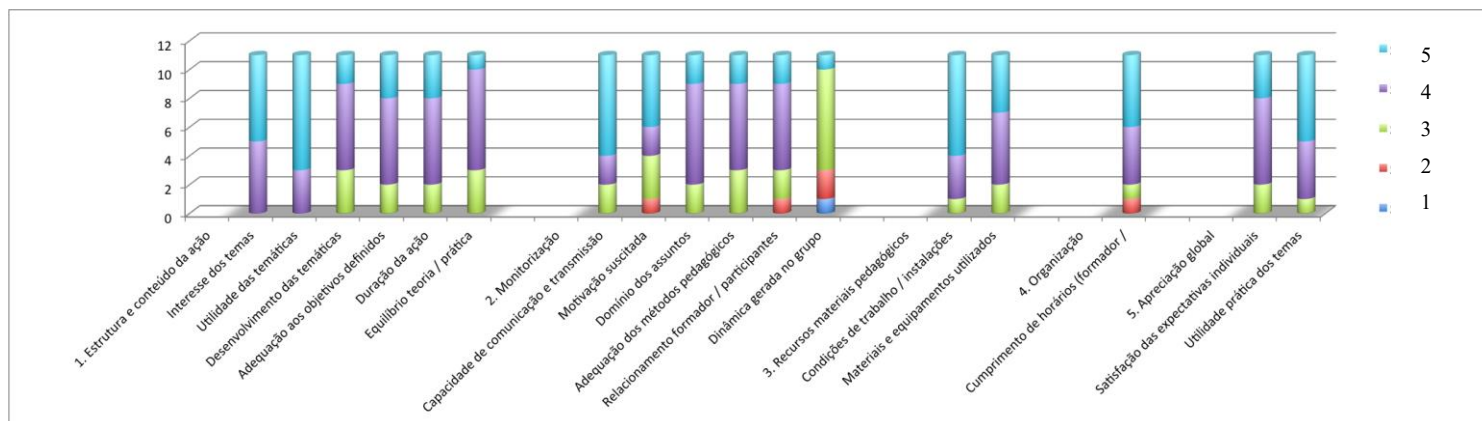
5. Apreciação global	1	2	3	4	5
Satisfação das expectativas individuais					
Utilidade prática dos temas					

Sugestões:

Obrigada pela colaboração

Taís Mendonça

A análise quantitativa da sessão foi realizada com recurso a um gráfico de barras circulares, demonstrando de uma forma geral a predominância do grau 4 de satisfação na globalidade dos itens avaliados, sendo a dinâmica de grupo o item que menos satisfação gerou nos formandos.



8. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A terceira formação realizada ao longo deste percurso de enfermeiro generalista a EEESCJ, foi o culminar de várias aprendizagens e introspeções sobre as atividades realizadas anteriormente. A crescente aquisição de competências ao nível do conhecimento teórico-científico, prático-experiencial e empírico, refletiu-se na **maturidade dos conteúdos** e enquanto formadora.

O conhecimento profundo da unidade e a colaboração ímpar dos profissionais de saúde permitiu uma **análise precisa das suas necessidades formativas**. Foram introduzidos nesta formação meios de avaliação diferenciados, conjugando uma avaliação mais subjetiva da ótica do formador acerca do interesse, participação e relevância dos conteúdos, com uma avaliação quantitativa pelos formandos. Propôs-se ainda a concretização de um momento individual de reflexão sobre as suas práticas, com vista a conseguir **definir os principais focos de experiências emocionalmente intensas do ato de cuidar** nesta unidade nos vários locais ou momentos de cuidados. Assim, a análise cuidada dos mesmos permitiu **redefinir novos objetivos formativos**.

Parece-me claro desta forma, que fica cumprido o dever da existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, que incita à **integração de técnicas de trabalho emocional** intencionais nos cuidados de enfermagem em pediatria, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.

Pensa-se assim ter constituído um **quadro referência orientador** para o estabelecimento do **cuidado emocional enquanto recurso terapêutico** para a criança/jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE XII – Caixa Com Material Para Avaliação Do
Desenvolvimento Infantil “Brincando Ao Desenvolvimento” e Livro
Ilustrado “Descobrindo As Emoções”**

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
2. FOTOGRAFIA DA CAIXA “BRINCANDO AO DESENVOLVIMENTO”	3
3. CONTEÚDO DO LIVRO ILUSTRADO “DESCOBRINDO AS EMOÇÕES” ...	4
4. NORMA “BRINCANDO AO DESENVOLVIMENTO”- AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	6
5. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11

CAIXA COM MATERIAL PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL “*Brincando Ao Desenvolvimento*” e LIVRO ILUSTRADO “*Descobrindo As Emoções*”

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Dada a lacuna identificada em relação à existência de material de avaliação do desenvolvimento infantil, surgiu a necessidade de construção de um instrumento de trabalho denominado Caixa “Brincando ao Desenvolvimento” que reúne material para avaliação do desenvolvimento infantil análogo ao utilizado na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. De forma a facilitar o uso da caixa, ficará disponível para consulta o Texto de Apoio 1 da Avaliação do Desenvolvimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, em vigor desde 1 de Junho de 2013, que explora a Escala de Avaliação de Mary Sheridan Modificada.

Toda a construção da caixa, desde a escolha dos materiais adequados ao *design* estético da mesma foi pensado para facilitar a aceitabilidade e usabilidade da mesma pela equipa de enfermagem, bem como tornar a experiência da avaliação de desenvolvimento infantil agradável à criança.

A ilustração da caixa com motivos pediátricos propicia o mote para o diálogo e identificação com o “mundo da criança” quebrando a barreira entre o procedimento e a oportunidade de brincar. Adicionou-se a esta caixa um pequeno Livro Ilustrado “Descobrindo as emoções” que contém imagens facilitadoras do contacto da criança com as suas emoções, de forma a promover não só o conhecimento das mesmas, mas também a sua comunicação expressiva.

2. FOTOGRAFIA DA CAIXA “BRINCANDO AO DESENVOLVIMENTO”



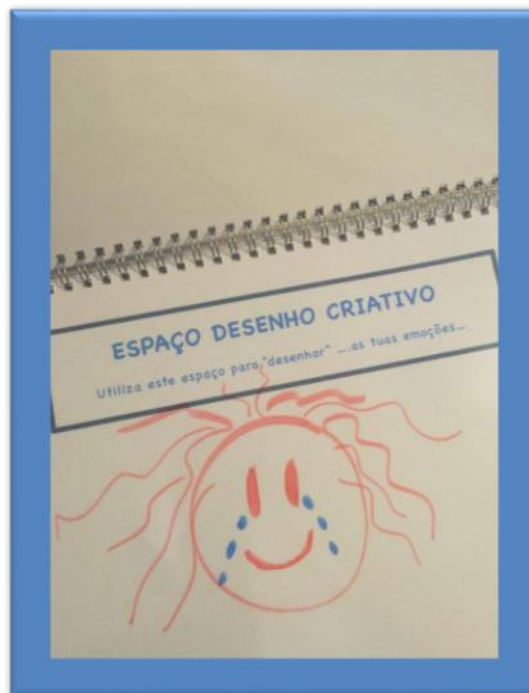
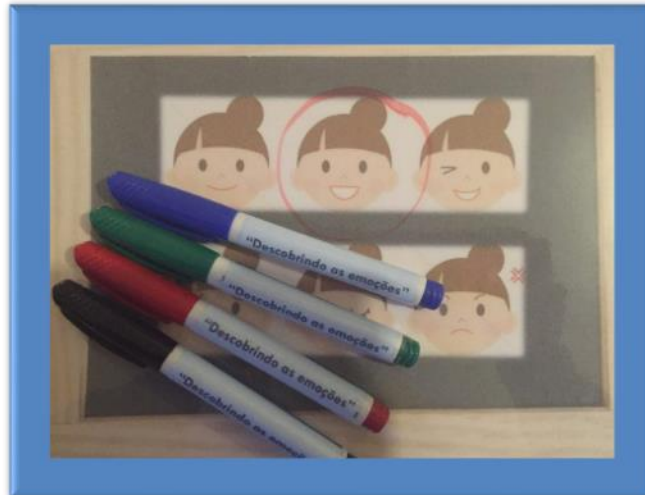
Material para Avaliação Do Desenvolvimento Infantil
análogo ao utilizado na Escala De Avaliação De Desenvolvimento De Mary Sheridan.

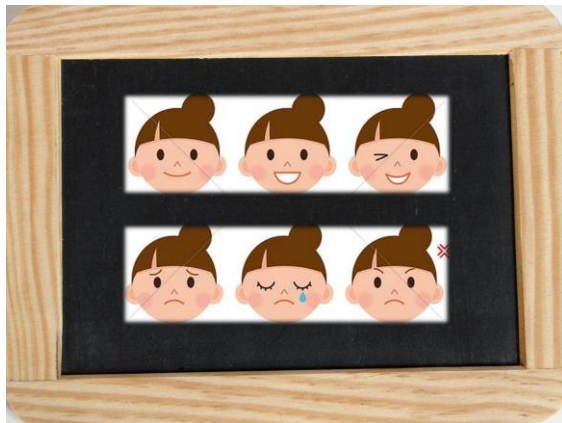
Conteúdo da caixa:

- ✓ 1 Boneco articulado com Roupa azul às riscas;
- ✓ 21 Cubos de cores variadas com letras, desenhos e números;
- ✓ 2 Chávenas Verdes com Pega;
- ✓ 1 Roca Verde e Azul;
- ✓ 2 Colheres de Café Brancas;
- ✓ 1 Escova de Cabelo Branca;
- ✓ 1 Livro "Na quinta - Toca, sente e ouve!";
- ✓ Quadro de 10 cores e cartões para correspondência.



3. CONTEÚDO DO LIVRO ILUSTRADO “DESCOBRINDO AS EMOÇÕES”





4. NORMA “BRINCANDO AO DESENVOLVIMENTO”- AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
NORMA Departamento de Pediatria	Caixa “Brincando ao Desenvolvimento” - Avaliação do Desenvolvimento Infantil	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: ____/____/____ Pág.

Nº da revisão	Descrição da alteração	Data de entrada em vigor	Emissor
00	DOCUMENTO INICIAL		

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Serviço/Órgão: Nefrologia Pediátrica	Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:
Nome: Taís Mendonça	Nome:	Nome:
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Data: Fev/2015	Data:	Data:

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
NORMA Departamento de Pediatria	Caixa “Brincando ao Desenvolvimento” - Avaliação do Desenvolvimento Infantil	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

1. OBJECTIVO

- Promover a Avaliação do Desenvolvimento Infantil;
- Permitir a orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil;
- Proporcionar material necessário à Avaliação do Desenvolvimento Infantil com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil Mary Sheridan Modificada;
- Explorar o trabalho emocional em pediatria;
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções.

2. ÂMBITO

Dada a lacuna identificada em relação à existência de métodos de avaliação do desenvolvimento infantil, surgiu a necessidade de construção de uma caixa “Brincando ao Desenvolvimento” que reúne material para avaliação do desenvolvimento infantil análogo ao utilizado na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

A necessidade de expressar emoções num contexto repleto de experiências emocionalmente intensas como a pediatria conduziu à elaboração do Livro Ilustrado “Descobrimos as emoções”.

Toda a caixa com motivos pediátricos propicia o mote para o diálogo e identificação com o “mundo da criança” quebrando a barreira entre o procedimento e a oportunidade de brincar.



3. DESCRIÇÃO

Na caixa ficará disponível para consulta o Texto de Apoio 1 da Avaliação do Desenvolvimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (em vigor desde 1 de Junho de 2013), que explora a Escala de Avaliação de Mary Sheridan Modificada. A caixa contém material para a avaliação do Desenvolvimento Infantil análogo ao utilizado na Escala de Avaliação de Mary

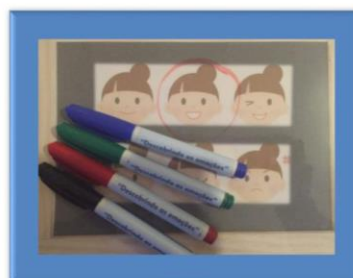
IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
NORMA Departamento de Pediatria	Caixa “Brincando ao Desenvolvimento” - Avaliação do Desenvolvimento Infantil	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.

Sheridan Modificada, tal como: 1 boneco articulado, 21 cubos de madeira de cores variadas, 2 chávenas com pega, 1 roca, 2 colheres de café, 1 escova de cabelo, 1 livro “Na quinta – Toca, sente e ouve!” e 1 quadro de 10 cores e cartões para correspondência.



A construção da caixa, desde a escolha dos materiais adequados ao design estético da mesma foi pensado para facilitar a aceitabilidade e usabilidade da mesma pela equipa de enfermagem, bem como tornar a experiência da avaliação de desenvolvimento infantil agradável à criança.

Adicionou-se a esta caixa um Livro Ilustrado “Descobrindo as emoções” que contém imagens facilitadoras do contato da criança com as suas emoções, de forma a promover não só o conhecimento das mesmas mas também a sua comunicação expressiva. Este livro plastificado tem como objetivo permitir à criança a expressão das suas emoções por meio de desenhos ou palavras, existindo um espaço especialmente dedicado ao desenho criativo. Para possibilitar o



IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
NORMA Departamento de Pediatria	Caixa “Brincando ao Desenvolvimento” - Avaliação do Desenvolvimento Infantil	CÓDIGO NO 000.00.11 Data: _/ _/ _ Pág. _

desenho e escrita, o livro faz-se acompanhar de 4 canetas de cores (azul, preto, vermelho e verde).

4. RESPONSABILIDADES

Enfermeiros do Departamento de Pediatria

5. REGISTOS

NOME DO REGISTO	Responsável pelo registro	Responsável pelo arquivo	Tempo de arquivo	Local de arquivo

5. REFLEXÃO DO CONTEÚDO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A seleção e reunião de material adequado para construção do instrumento de trabalho Caixa “Brincando ao desenvolvimento”, permitiu um aprofundar de conhecimentos na avaliação do desenvolvimento infantil, assim como atuar como **dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento** no contexto da prática de cuidar, visando ganhos em saúde infantil e pediátrica.

Permitiu ainda a **organização e divulgação de evidência científica**, tornando-a mais acessível aos enfermeiros, contribuindo assim para o **desenvolvimento de boas práticas em saúde infantil e pediátrica**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Direção Geral de Saúde. Portugal: Direção-Geral de Saúde.

ANEXOS

CAPÍTULO 4
O MODELO DE SETE EIXOS DA CIPE® 2011



Copyright © 2013 pelo ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros 3, Place Jean-Marteau, 1201 Genebra (Suíça)

Figura 1

Modelo dos Sete Eixos da CIPE®

International Council of Nurses. (2014). *CIPE® Versão 2011 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (Edição Por). Ordem dos Enfermeiros.



Foco: área de atenção relevante para a Enfermagem (por exemplo dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento).

Copyright © 2013 pelo ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros 3, Place Jean-Marteau, 1201 Genebra (Suíça)

Figura 2

Modelo dos Sete Eixos da CIPE®

International Council of Nurses. (2014). *CIPE® Versão 2011 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (Edição Por). Ordem dos Enfermeiros.

ANEXO II – Estilos de aprendizagem de Kolb

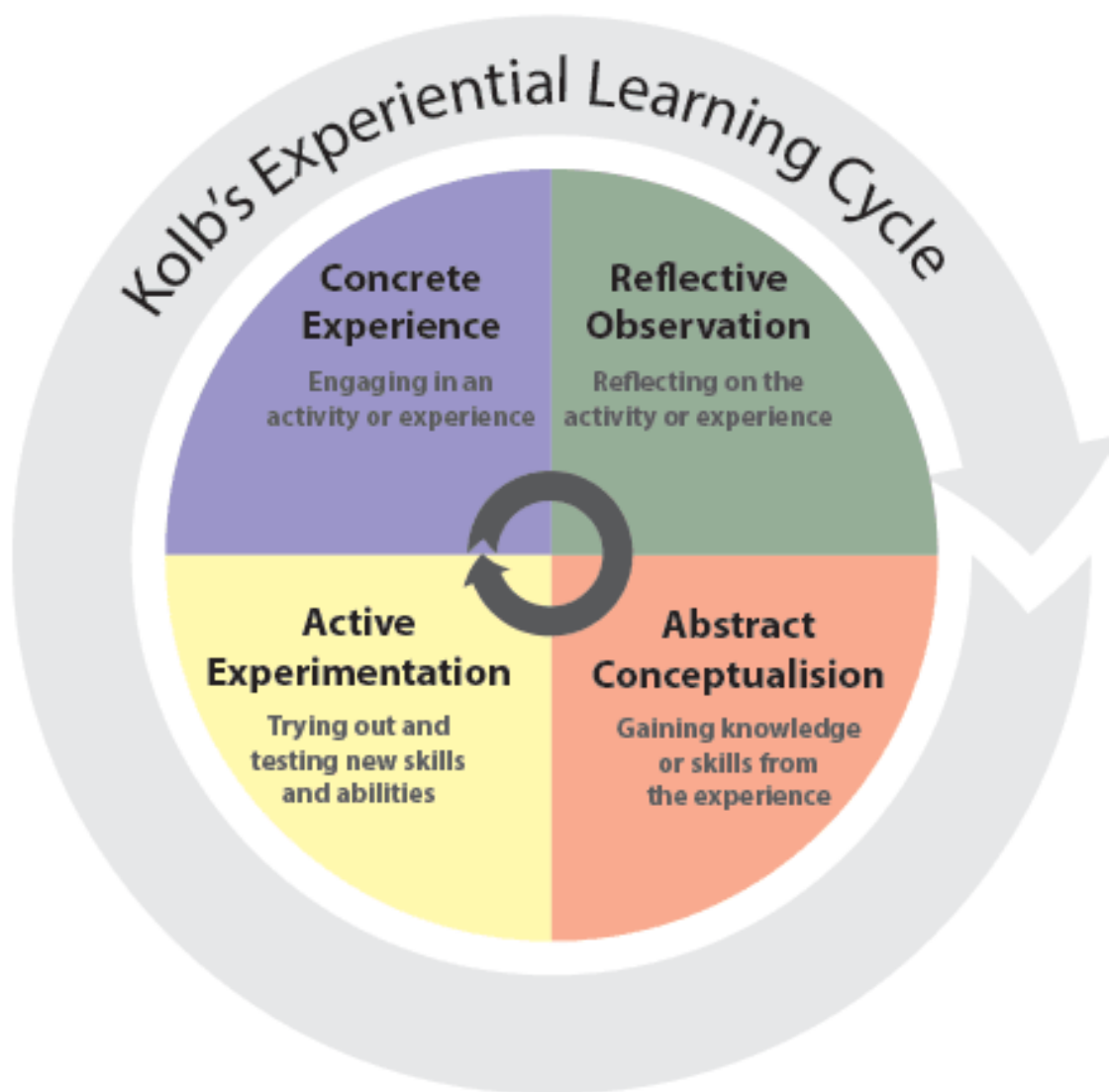


Figura 3

Estilos de aprendizagem de Kolb

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Inc.

**ANEXO III – Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos
enfermeiros em contexto pediátrico**

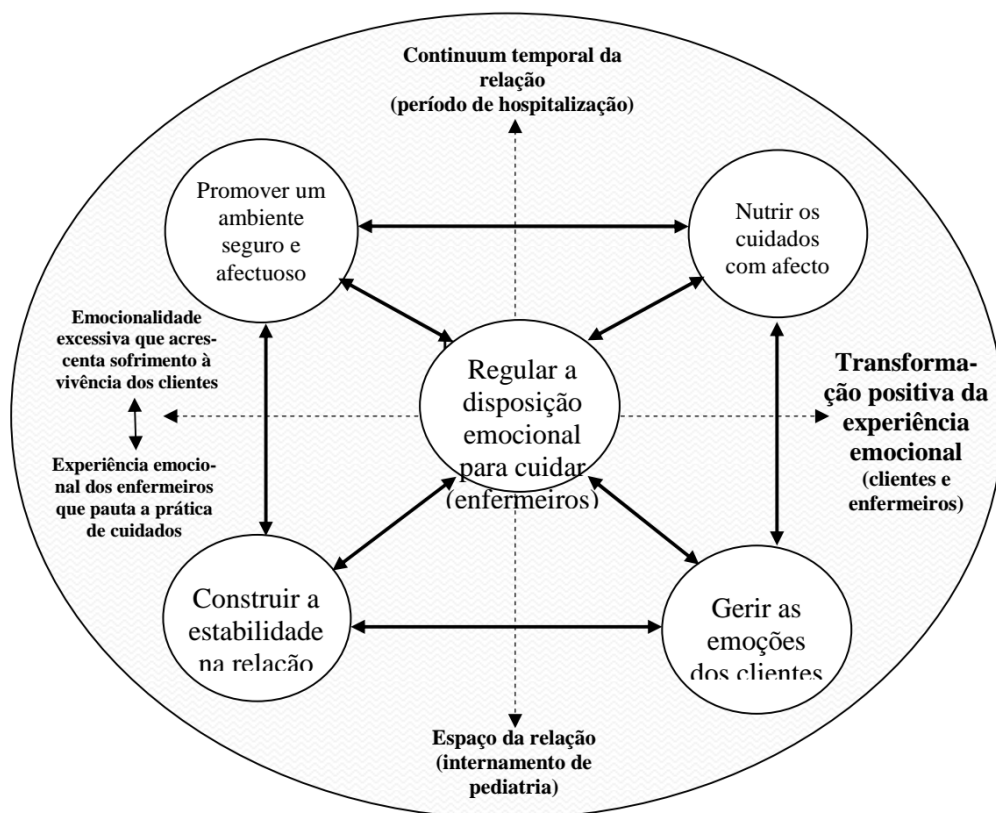


Figura 4

Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico

Diogo, P. (2015). Trabalho Com As Emoções Em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência.

ANEXO IV – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista

Ficam notificados todos os interessados, de que o processo supra identificado, foi encerrado.

A decisão de encerramento do processo foi determinada por: Insuficiência de bens para satisfação das custas do processo e das restantes dívidas da massa insolvente (art.º 230 al. d) e artigo 232.º n.º 1, 2 e 7 do CIRE).

Efeitos do encerramento: Os previstos no disposto no art.º 233.º do CIRE.

09/02/2011. — O Juiz de Direito, Dr.ª *Cristina Rebelo*. — O Oficial de Justiça, *Lurdes Lemos*.

304332911

CONSELHO SUPERIOR DOS TRIBUNAIS ADMINISTRATIVOS E FISCAIS

Deliberação (extracto) n.º 485/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. António Manuel de Macedo de Almeida, juiz conselheiro da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer, em comissão de serviço, as funções de consultor da Casa Civil do Presidente da República e de secretário do Conselho de Estado — desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilção.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339854

Deliberação (extracto) n.º 486/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Abel Ferreira Atanásio, juiz conselheiro, da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer o mandato de presidente do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa e do Tribunal Tributário de Lisboa e, em acumulação, do Tribunal Administrativo e Fiscal de Almada — nomeado para, em regime de

acumulação, exercer as funções de presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339943

Deliberação (extracto) n.º 487/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011, foi reformulada a delegação de poderes operada por deliberação de 25 de Janeiro de 2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25, de 4 de Fevereiro de 2011 [Deliberação (extracto) n.º 349/2011], e foram delegados na Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, Juíza Conselheira Fernanda Martins Xavier e Nunes, e no Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra, Juiz Conselheiro Abel Ferreira Atanásio, os poderes para a organização e aprovação conjunta dos mapas de férias dos juizes em exercício de funções nos Tribunais Administrativos e Fiscais de Loulé, Beja e Sintra, mantendo-se quanto ao mais a delegação de poderes operada pela referida deliberação de 25 de Janeiro de 2011.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204340039

Deliberação (extracto) n.º 488/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Benjamin Magalhães Barbosa, juiz de direito, em comissão permanente de serviço como juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, e actualmente em comissão de serviço como Coordenador do Departamento de Formação do Centro de Estudos Judiciários — provido, a título definitivo, no lugar de juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, mantendo a comissão de serviço no Centro de Estudos Judiciários.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339992



PARTE E

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 122/2011

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea d) do artigo 30.º, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- b) “Competências específicas”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas;
- c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas;
- d) “Domínio de competência”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;
- e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;
- f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;
- g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

- b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Descritivo

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão. A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica. A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.	A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.4.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

Competência

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.4 — Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.5 — Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros. A2.1.8 — Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.
A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. A2.2.2 — Adota e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória. A2.2.4 — Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5 — Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

ANEXO II**B — Domínio da Melhoria da Qualidade****Competência**

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.	B1.1.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2 — Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3 — Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Competência

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Descritivo

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas. B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3 — Lidera programas de melhoria.	B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

Descritivo

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

Regulamento n.º 123/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem****Preâmbulo**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al, 2007*).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE@1.0.

**ANEXO V – Regulamento das Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do
Jovem**

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

Regulamento n.º 123/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem****Preâmbulo**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al, 2007*).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE®1.0.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são as seguintes:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Competência

E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

Competência

E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

Competência

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4 — Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizada no dia 18 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320015